

REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

DIARIO DE SESIONES DE LA CÁMARA DE SENADORES

SEGUNDO PERÍODO DE LA XLVIII LEGISLATURA

35.ª SESIÓN ORDINARIA

PRESIDEN

EL SEÑOR ERNESTO AGAZZI
Presidente en ejercicio

y

EL SEÑOR GUILLERMO BESOZZI
Primer vicepresidente

ACTÚAN EN SECRETARÍA: LOS TITULARES, JOSÉ PEDRO MONTERO Y HEBERT PAGUAS

SUMARIO

---

1) TEXTO DE LA CITACIÓN

«Montevideo, 7 de octubre de 2016

La CÁMARA DE SENADORES se reunirá en sesión ordinaria, el próximo martes 11 de octubre, a las 09:30, a fin de informarse de los asuntos entrados y considerar el siguiente

Orden del día

Discusión general y particular de los siguientes proyectos de ley:

1.º) por el que se aprueba el Acuerdo de París, adoptado el 12 de diciembre de 2015 en París, República Francesa y suscrito por la república en Nueva York, Estados Unidos de América, el 22 de abril de 2016;

Carp. n.º 656/2016 - rep. n.º 355/2016

2.º) por el que se establecen normas relacionadas con la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Carp. n.º 426/2015 - rep. n.º 354/2016 - rep. n.º 354/2016 anexo I

3.º) Informes de la Comisión de Asuntos Administrativos relacionados con la solicitud de venia remitida por el Poder Ejecutivo, a fin de designar:

– en calidad de presidente de la Junta de Transparencia y Ética Pública, al contador público y licenciado en Administración Ricardo Gil Iribarne.

Carp. n.º 657/2016 - rep. n.º 343/2016

– en calidad de vicepresidente de la Junta de Transparencia y Ética Pública, al doctor Daniel Borrelli Uberti.

Carp. n.º 659/2016 - rep. n.º 344/2016

– en calidad de vocal de la Junta de Transparencia y Ética Pública, a la señora Matilde Rodríguez.
Carp. n.º 658/2016 - rep. n.º 342/2016

4.º) Informe de la Comisión de Defensa Nacional relacionado con la solicitud de venia remitida por el Poder Ejecutivo, a fin de conceder el ascenso correspondiente al grado de coronel médico de los Servicios Generales Comunes a las Fuerzas Armadas, con fecha 1.º de febrero de 2016, a la señora teniente coronel médico Sandra Laura Lorenzo Pousa.
Carp. n.º 612/2016 - rep. n.º 347/2016

Discusión general y particular de los siguientes proyectos de ley:

5.º) por el que se desafecta del ámbito del Ministerio de Transporte y Obras Públicas y se afecta a la Intendencia de Artigas, en forma gratuita, el inmueble padrón n.º 6827, de la 8.ª sección catastral del departamento de Artigas.
Carp. n.º 653/2016 - rep. n.º 350/2016

6.º) por el que se designan con los nombres Román Iturburúa y Químico Farmacéutico Raúl A. Bianchi la sala y el hall, respectivamente, del Teatro Uamá de la ciudad de Carmelo y asimismo se dispone la colocación de una placa recordatoria con el nombre Doctora Adela Reta.
Carp. n.º 604/2016 - rep. n.º 353/2016

7.º) Informes de la Comisión de Asuntos Administrativos relacionados con la solicitud de venia remitida por el Poder Ejecutivo, a fin de destituir de su cargo:

– a una funcionaria del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca. (Plazo constitucional vence el 6 de noviembre de 2016);
Carp. n.º 642/2016 - rep. n.º 352/2016

– a una funcionaria del Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud. (Plazo constitucional vence el 15 de noviembre de 2016).
Carp. n.º 646/2016 - rep. n.º 351/2016

Hebert Paguas
Secretario

José Pedro Montero
Secretario».

2) ASISTENCIA

ASISTEN: los señores senadores **Amorín**, **Aviaga**, **Ayala**, **Berterreche**, **Bianchi**, **Bordaberry**, **Camy**, **Carámbula**, **Cardoso**, **De León**, **Delgado**, **García**, **Garín**, **Heber**, **Lacalle Pou**, **Larrañaga**, **Lazo**, **Martínez Huelmo**, **Michelini**, **Mieres**, **Otheguy**, **Passada**, **Payssé**, **Pesce**, **Pintado**, **Preve**, **Tourné** y **Xavier**.

FALTAN: el presidente del Cuerpo, señor **Raúl Sendic**, por encontrarse en ejercicio de la presidencia de la república; con licencia, los señores senadores **Coutinho**, **Moreira**, **Mujica** y **Topolansky**; y con aviso, la señora senadora **Alonso**.

3) ASUNTOS ENTRADOS

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Son las 09:35).

–Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se da de los siguientes).

SEÑOR SECRETARIO (Hebert Paguas).- «El Poder Ejecutivo remite mensajes por los que comunica la promulgación de los siguientes proyectos de ley:

• por el que se aprueba la *Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*, suscrita en Washington, Estados Unidos de América, el 15 de junio de 2015;

• por el que se modifica el artículo 21 de la Ley n.º 19210, de 29 de abril de 2014, sobre Inclusión Financiera.
–AGRÉGUENSE A SUS ANTECEDENTES Y ARCHÍVENSE.

El Ministerio de Defensa Nacional remite respuesta a un pedido de informes solicitado por el señor senador Javier García, relacionado con la situación del aeródromo de Carmelo.
–OPORTUNAMENTE FUE ENTREGADA AL SEÑOR SENADOR GARCÍA.

El Ministerio de Transporte y Obras Públicas remite respuesta a un pedido de informes solicitado por el señor senador José Amorín, relacionado con la suscripción de un convenio con la Liga de Fomento de San Luis, departamento de Canelones.
–OPORTUNAMENTE FUE ENTREGADA AL SEÑOR SENADOR AMORÍN.

Asimismo, remite respuesta de la Dirección Nacional de Hidrografía a un pedido de informes solicitado por la señora senadora Carol Aviaga, relacionado con la extracción de arena en el río Santa Lucía.
–OPORTUNAMENTE FUE ENTREGADA A LA SEÑORA SENADORA AVIAGA.

El Ministerio del Interior remite respuesta de la Dirección Nacional de Bomberos a un pedido de informes solicitado por la señora senadora Viviana Pesce, de fecha 18 de mayo del corriente, relacionado con el procedimiento

de habilitación que otorga dicha institución a los establecimientos de adultos mayores.

–OPORTUNAMENTE FUE ENTREGADA A LA SEÑORA PESCE.

La Oficina Nacional del Servicio Civil remite respuesta a un pedido de informes solicitado por el señor senador Guillermo Besozzi, relacionado con los funcionarios públicos declarados excedentarios.

–OPORTUNAMENTE FUE ENTREGADA AL SEÑOR SENADOR BESOZZI.

La Cámara de Representantes comunica que ha aceptado las modificaciones introducidas por este Cuerpo al proyecto de ley por el que se aprueba la Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal correspondiente al ejercicio 2015.

–AGRÉGUESE A SUS ANTECEDENTES Y ARCHÍVESE.

La Presidencia de la Cámara de Senadores remite la Resolución n.º 101/016, de fecha 3 de octubre de 2016, por la cual se designa en el cargo de especializado II - escalafón D, serie Electrónica de la Cámara de Senadores, a partir del 1.º de octubre de 2016, a las señoras funcionarias Agustina Rodríguez y Marizza Rodríguez.

–TÉNGASE PRESENTE.

La Comisión de Asuntos Administrativos eleva informados los siguientes mensajes del Poder Ejecutivo:

– por los que solicita la venia correspondiente para designar:

• en calidad de presidente de la Junta de Transparencia y Ética Pública, al licenciado en Administración Ricardo Gil Iribarne;

• en calidad de vicepresidente de la Junta de Transparencia y Ética Pública, al doctor Daniel Borrelli Uberti;

• en calidad de vocal de la Junta de Transparencia y Ética Pública, a la señora Matilde Rodríguez.

– por los que solicita la venia correspondiente para destituir de su cargo:

• a una funcionaria del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca;

• a una funcionaria del Ministerio de Salud Pública - Dirección General de Salud.

La Comisión de Vivienda y Ordenamiento Territorial eleva informado un proyecto de ley por el que se transfiere, a título gratuito, del Ministerio de Transporte y Obras Públicas a la Intendencia de Artigas el inmueble padrón n.º 6827 de la 8.ª sección catastral, departamento de Artigas.

La Comisión de Salud Pública eleva informado un proyecto de ley por el que se establecen normas relacionadas con la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

La Comisión de Asuntos Internacionales eleva informado un proyecto de ley por el que se aprueba el Acuerdo de París, adoptado el 12 de diciembre de 2015 en París, República Francesa, y suscrito por la república en Nueva York, Estados Unidos de América, el 22 de abril de 2016.

La Comisión de Educación y Cultura eleva informado un proyecto de ley por el que se designan con los nombres Román Iturburúa y Químico Farmacéutico Raúl A. Bianchi la sala y el hall del Teatro Uamá de la ciudad de Carmelo, respectivamente; asimismo, se dispone la colocación de una placa recordatoria con el nombre Doctora Adela Reta.

La Comisión de Defensa Nacional remite informada una solicitud de venia para conferir el ascenso al grado de coronel médico de los Servicios Generales Comunes a las Fuerzas Armadas, a la señora teniente coronel médico Sandra Laura Lorenzo Pousa.

–HAN SIDO REPARTIDOS Y SE ENCUENTRAN INCLUIDOS EN EL ORDEN DEL DÍA DE LA SESIÓN DE HOY».

4) PEDIDO DE INFORMES

SEÑOR PRESIDENTE.- Dese cuenta de un pedido de informes.

(Se da del siguiente).

SEÑOR SECRETARIO (Hebert Paguas).- «El señor senador Pablo Mieres solicita, de conformidad con lo establecido por el artículo 118 de la Constitución de la república, se curse un pedido de informes con destino al Ministerio de Economía y Finanzas, relacionado con la aplicación de la Ley de Inclusión Financiera.

–OPORTUNAMENTE FUE TRAMITADO».

(Texto del pedido de informes).

Montevideo, 5 de octubre de 2016.

Sr. Presidente de la
Cámara de Senadores
Raúl Sendic
Presente. –

Al amparo de lo establecido por el artículo 118 de la Constitución de la República, solicito se curse al Ministerio de Economía y Finanzas el siguiente pedido de informes relacionado con la aplicación de la Ley de Inclusión Financiera.

1. ¿Cuál es el porcentaje actual de comercios en todo el territorio nacional que ya cuentan con el POS necesario para operar con tarjeta de débito y crédito?

2. ¿Cuándo estima ese Ministerio que se alcanzará la cobertura total y qué porcentaje del total de comercios se estima que estarán dispuestos a vender a clientes con tarjeta de débito o crédito?

3. ¿Qué medidas de educación y capacitación financiera se han tomado para que la población y los comerciantes estén preparados para integrarse al sistema?

4. ¿Qué medidas se han tomado para que los comercios adhieran al sistema, de forma tal de que se cumpla el objetivo de que la población realice sus compras a través de las tarjetas de débito y/o dinero electrónico?

5. Siendo que la venta con tarjeta de débito debería ser similar a una venta en efectivo y que existe tecnología para que así sea, ¿por qué razón se constatan demoras para que los comerciantes obtengan el dinero cuando venden aceptando una tarjeta de débito?

6. ¿La Dirección General Impositiva ha realizado estudios que permitan determinar si ha habido disminución de la evasión como resultado de la retención de un anticipo cuando los comercios venden aceptando como forma de pago tarjetas de crédito o débito? En caso de haberlo hecho, ¿cuál es la magnitud de la reducción de la evasión? Si no lo ha hecho, ¿cuándo se prevé tener una evaluación de este indicador?

7. ¿Qué medidas se han tomado a efectos de que en las compras con tarjeta de débito, el comerciante pueda obtener el dinero de la venta en forma inmediata?

8. ¿Operar a través del sistema, tiene costos para los comerciantes? En caso de que así fuera, ¿cuáles son esos costos y qué medidas se han tomado para considerar la situación de los pequeños comerciantes para que puedan absorber tales costos?

Sin otro particular, lo saludo muy atentamente.

Pablo Mieres
Senador

5) PROYECTO PRESENTADO

SEÑOR PRESIDENTE.- Dese cuenta de un proyecto presentado.

(Se da del siguiente).

SEÑOR SECRETARIO (Hebert Paguas).- «El señor senador Carlos Camy presenta, con exposición de motivos, un proyecto de ley por el que se designa con el nombre Asturias el jardín de infantes n.º 110, del departamento de San José, dependiente del Consejo de Educación Inicial y Primaria, Administración Nacional de Educación Pública.

–A LA COMISIÓN DE EDUCACIÓN Y CULTURA».

(Texto del proyecto de ley presentado).

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El Jardín de Infantes Nº 110 de la ciudad de San José de Mayo, sito en la intersección de las calles Pbro. Bentancur y Emilio Frugoni, en el barrio Plaza Arriaga de la capital del departamento de San José, no tiene denominación que lo identifique.

El presente Proyecto de ley propone denominar al mismo con el nombre de: ASTURIAS.

Motiva la propuesta, la vinculación histórica de la mencionada región de España, con la ciudad de San José de Mayo.

La villa de San José fue fundada el 1º de junio de 1783 por el capitán de dragones de Almansa, Eusebio Vidal. La fundación fue dispuesta por decreto firmado por el Virrey Juan José de Vertiz y Salcedo, en fecha 8 de febrero de 1783. Este a su vez actuaba con instrucciones del Rey Carlos III de España. El proceso fundacional se llevó a cabo con el aporte de 52 familias provenientes de la Península Ibérica. De este contingente fundacional, 41 familias, provenían de Asturias. Representaban el 80 por ciento del total. Según investigaciones del genealogista Juan Alejandro Apolant, vinieron al Río de la Plata 294 familias asturianas en el período que se sitúa en el último cuarto del siglo XVIII. La cantidad referida representa el 29 por ciento del total, comprendiendo el resto de España. De estos datos se infiere que, desde el punto de vista porcentual, San José fue el lugar a donde llegaron más asturianos.

Esta vinculación histórica entre San José y Asturias, motivó que en octubre de 1991, el entonces Príncipe de Asturias, hoy Rey de España, visitara la ciudad de San José de Mayo en reconocimiento al decisivo aporte que la corriente migratoria asturiana tuvo en el proceso fundamental de San José.

Precisamente en homenaje a ese vínculo histórico y cultural, se propone denominar al Jardín de Infantes Nº 110 de la ciudad de San José de Mayo con el nombre de ASTURIAS.

Montevideo, 5 de octubre de 2016

Carlos D. Camy
Senador de la República

PROYECTO DE LEY

Artículo único.- Designase con el nombre de ASTURIAS al Jardín de Infantes Nº 110, del Departamento de San José, dependiente del Consejo de Educación Inicial y Primaria, Administración Nacional de Educación Pública.-

Montevideo, 6 de octubre de 2016

Carlos D. Camy
Senador de la República

6) INASISTENCIAS ANTERIORES

SEÑOR PRESIDENTE.- Dando cumplimiento a lo que establece el artículo 53 del Reglamento de la Cámara de Senadores, dese cuenta de las inasistencias a las anteriores convocatorias.

(Se da de las siguientes).

SEÑOR SECRETARIO (José Pedro Montero).- A la sesión ordinaria del día 4 de octubre faltaron con aviso los señores senadores Garín y Silveira.

A la sesión de la Comisión de Constitución y Legislación del 4 de octubre faltó con aviso el señor senador Silveira.

7) SOLICITUDES DE LICENCIA E INTEGRACIÓN DEL CUERPO

SEÑOR PRESIDENTE.- Léase una solicitud de licencia.

(Se lee).

SEÑOR SECRETARIO (José Pedro Montero).- «Montevideo, 11 de octubre de 2016

Señor presidente de la
Cámara de Senadores
Presente

De mi consideración:

Por este medio solicito al Cuerpo me conceda licencia al amparo del artículo 1.º de la Ley n.º 17827, de 14 de setiembre de 2004, el día 19 del corriente, por asuntos particulares.

Sin más, saludo atentamente.

Marcos Carámbula. Senador».

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar si se concede la licencia solicitada.

(Se vota).

–17 en 18. **Afirmativa.**

Se comunica que el señor Juan Castillo ha presentado nota de desistimiento informando que por esta vez no acepta la convocatoria a integrar el Cuerpo, por lo que queda convocado el señor Eduardo Lorier, a quien ya se ha tomado la promesa de estilo.

Léase otra solicitud de licencia.

(Se lee).

SEÑOR SECRETARIO (José Pedro Montero).- «Montevideo, 11 de octubre de 2016

Señor presidente del Senado

De mi mayor consideración:

Por intermedio de la presente, solicito al Cuerpo se me otorguen 5 días de licencia desde el 17 hasta el 21 de octubre inclusive y se convoque a mi suplente respectivo, de conformidad con la Ley n.º 17827, artículo 1.º, literal D.

Motiva la misma la invitación a participar en una conferencia a realizarse en Bruselas y Berlín, entre el 17 y el 21 de octubre de 2016. Se adjunta invitación.

Dejo constancia de que dichas actividades no generarán ningún gasto a la Cámara de Senadores.

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

Jorge Larrañaga. Senador».

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar si se concede la licencia solicitada.

(Se vota).

–18 en 19. **Afirmativa.**

Se comunica que el señor Eber Da Rosa ha presentado nota de desistimiento informando que por esta vez no acepta la convocatoria a integrar el Cuerpo, por lo que queda convocado el señor Jorge Gandini, a quien ya se ha tomado la promesa de estilo.

Léase otra solicitud de licencia.

(Se lee).

SEÑOR SECRETARIO (José Pedro Montero).- «Montevideo, 7 de octubre de 2016

Señor presidente de la
Cámara de Senadores

De mi mayor consideración:

A través de la presente, solicito al Cuerpo me conceda licencia al amparo del artículo 1.º de la Ley n.º 17824, de 14 de setiembre de 2004, por motivos personales, el día martes 11 de octubre.

Sin otro particular, saludo al señor presidente muy atentamente.

Germán Coutinho. Senador».

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar si se concede la licencia solicitada.

(Se vota).

–19 en 19. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Se comunica que los señores José Amy y Gustavo Cersósimo han presentado nota de desistimiento informando que por esta vez no aceptan la convocatoria a integrar el Cuerpo, por lo que queda convocada la señora Viviana Pesce, a quien ya se ha tomado la promesa de estilo.

Léase otra solicitud de licencia.

(Se lee).

SEÑOR SECRETARIO (José Pedro Montero).- «Montevideo, 5 de octubre de 2016

Señor presidente de la
Cámara de Senadores
Presente

De mi consideración:

En mi calidad de miembro de la delegación uruguaya ante la Unión Interparlamentaria, y al amparo del literal C del artículo 1.º de la Ley n.º 17827, me dirijo a usted a efectos de solicitar licencia desde el día 20 al 29 de octubre, con motivo de la participación en la 135.ª Asamblea de la Unión Interparlamentaria y de la Reunión del Grupo Latinoamericano y del Caribe (Grulac) a realizarse en la ciudad de Ginebra, Suiza.

Sin otro motivo, saludo a usted muy atentamente.

Rubén Martínez Huelmo. Senador».

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar si se concede la licencia solicitada.

(Se vota).

–18 en 19. **Afirmativa.**

Se comunica que el señor Lauro Meléndez ha presentado nota de desistimiento informando que por esta vez no acepta la convocatoria a integrar el Cuerpo, por lo que queda convocada la señora Graciela García, a quien ya se ha tomado la promesa de estilo.

Léase otra solicitud de licencia.

(Se lee).

SEÑOR SECRETARIO (José Pedro Montero).- «Montevideo, 11 de octubre de 2016

Señor presidente de la
Cámara de Senadores

De mi mayor consideración:

Por la presente, solicito licencia por el día de la fecha, martes 11 de octubre, por motivos personales.

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

Constanza Moreira. Senadora».

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar si se concede la licencia solicitada.

(Se vota).

–20 en 20. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Se comunica que los señores Rafael Paternain y Virginia Cardozo han presentado nota de desistimiento informando que por esta vez no aceptan la convocatoria a integrar el Cuerpo, por lo que queda convocado el señor Federico Preve, a quien ya se ha tomado la promesa de estilo.

Léase otra solicitud de licencia.

(Se lee).

SEÑOR SECRETARIO (José Pedro Montero).- «Montevideo, martes 11 de octubre de 2016

Señor presidente de la
Cámara de Senadores

De mi mayor consideración:

A través de la presente, solicito al Cuerpo me conceda licencia al amparo del literal C) del artículo 1.º de la Ley n.º 17827, del 20 al 27 de octubre del presente año, para participar como miembro de la delegación parlamentaria uruguaya en la 135.ª Asamblea de la Unión Interparlamentaria, en Ginebra, Suiza.

Sin otro particular, saludo al señor presidente muy atentamente.

Ivonne Passada. Senadora».

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar si se concede la licencia solicitada.

(Se vota).

–20 en 21. **Afirmativa.**

Se comunica que el señor Gonzalo Mujica ha presentado nota de desistimiento, informando que por esta vez no acepta la convocatoria a integrar el Cuerpo, por lo que queda convocada la señora Zulimar Ferreira, a quien ya se ha tomado la promesa de estilo.

Léase otra solicitud de licencia.

(Se lee).

SEÑOR SECRETARIO (José Pedro Montero).- «Montevideo, 11 de octubre de 2016

Señor presidente de la
Cámara de Senadores

Por la presente, solicito al Cuerpo que usted preside licencia por los días 13 a 16 de octubre inclusive, y se convoque a mi suplente correspondiente, de conformidad con la Ley n.º 17827, artículo 1.º, literal C, que establece la causal "misión oficial" del legislador.

Motiva dicha solicitud mi participación de la II reunión de la Comisión de Equidad y Género, Niñez y Juventud. El evento se realiza para conmemorar la 36.ª Celebración del Día Mundial de la Alimentación y el 71.º Aniversario de la Fundación de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO).

La actividad se llevará a cabo en la ciudad capital Panamá, República de Panamá.

Se adjunta invitación.

Saludo atentamente.

Daniela Payssé. Senadora».

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar si se concede la licencia solicitada.

(Se vota).

–19 en 20. **Afirmativa.**

Se comunica que los señores Miguel Vassallo, Eva Gomori, Juan Ripoll, Carlos Baráibar, María Sara Ribero y Felipe Michelini han presentado nota de desistimiento, informando que por esta vez no aceptan la convocatoria a integrar el Cuerpo, por lo que queda convocado el señor Antonio Gallicchio, a quien ya se ha tomado la promesa de estilo.

8) ACUERDO DE PARÍS

SEÑOR PRESIDENTE.- El Senado ingresa al orden del día con la consideración del asunto que figura en primer término: «Proyecto de ley por el que se aprueba el Acuerdo de París, adoptado el 12 de diciembre de 2015 en París, República Francesa, y suscrito por la república en Nueva York, Estados Unidos de América, el 22 de abril de 2016. (Carp. n.º 656/2016 - rep. n.º 355/2016)».

(Antecedentes).

Carp. n.° 656/2016 - rep. n.° 355/2016

CÁMARA DE SENADORES
Comisión de Asuntos Internacionales

PROYECTO DE LEY

—

Artículo único.- Apruébase el Acuerdo de París, adoptado el 12 de diciembre de 2015 en París, República Francesa y suscrito por la República en Nueva York, Estados Unidos de América, el 22 de abril de 2016.

Sala de la Comisión, 6 de octubre de 2016.

MÓNICA XAVIER
Miembro Informante

VERÓNICA ALONSO

LUIS LACALLE POU

JORGE LARRAÑAGA

RUBÉN MARTÍNEZ HUELMO

PABLO MIERES

CONSTANZA MOREIRA

ENRIQUE PINTADO

PODER EJECUTIVO

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y MEDIO AMBIENTE

Montevideo, 05 SEP 2016

Señor Presidente de la Asamblea General

El Poder Ejecutivo tiene el honor de dirigirse a la Asamblea General, de conformidad con lo dispuesto por los Artículos 85 numeral 7 y 168 numeral 20 de la Constitución de la República, a fin de someter a su consideración el proyecto de Ley adjunto, mediante el cual se aprueba el Acuerdo de París, adoptado el 12 de diciembre de 2015 en París, República Francesa y suscrito por la República en Nueva York el 22 de abril de 2016.

Antecedentes:

En la 17º Conferencia de las Partes de la Convención Marco de Naciones Unidas sobre Cambio Climático (en adelante CMNUCC) que se realizó en Durban en diciembre de 2011 se acordó iniciar un proceso para elaborar un documento jurídico vinculante que fuera aplicable a todas las Partes.

El Grupo de Trabajo Especial sobre la Plataforma de Durban para una acción reforzada debió completar su labor en 2015.

Este proceso de negociación iniciado en el año 2011 habilitó por primera vez a que todas las Partes de la CMNUCC, países desarrollados y en desarrollo, asumieran compromisos de reducción de emisiones y vinculantes.

Finalmente el 12 de diciembre de 2015 se llegó a la firma del documento jurídicamente vinculante, el llamado "Acuerdo de París", en oportunidad de la 21° Conferencia de las Partes de la Convención Marco de Naciones Unidas sobre Cambio Climático.

Uruguay es un país que posee fortalezas institucionales, así como políticas públicas globales y sectoriales que le están permitiendo enfrentar tempranamente el cambio climático y ha desarrollado un importante conjunto de medidas de adaptación, especialmente en los sectores agropecuario, gestión de riesgo de desastres, costas y hábitat, debido al impacto que el cambio climático está teniendo en su territorio, su economia y su población dada sus condiciones de particular vulnerabilidad.

Uruguay defendió consistentemente los siguientes conceptos entre otros; que el Acuerdo fuera eficaz para alcanzar el objetivo último de la CMNUCC y que la temperatura media global no superara un aumento de 2ºC, que se basara en el principio de las Responsabilidades Comunes pero Diferenciadas y Respectivas Capacidades, por lo que los esfuerzos y compromisos de mitigación deberían diferenciar a los paises en función de sus posibilidades nacionales, que el financiamiento climático a ser provisto por los países desarrollados a los países en desarrollo fuera adicional, adecuado, previsible, accesible, sostenido, escalado y cubriera todos los elementos del Acuerdo y que la principal fuente de financiamiento fueran fondos públicos pudiendo complementarse con otras fuentes.

El Acuerdo de París define como objetivo principal mantener el aumento de temperatura "muy por debajo de 2 grados centígrados en relación a los valores de la era preindustrial" y tender a que el aumento no supere 1,5 grados.

Los países deberán llegar rápidamente a su pico de emisiones y a partir de dicho momento realizar una rápida reducción hasta alcanzar, en la segunda mitad del siglo, un equilibrio entre las emisiones y las capturas de gases de efecto invernadero.

Los principales países emisores aceptan financiar con cien mil millones de dólares anuales los planes de mitigación y de adaptación de los países en desarrollo.

Los fondos provendrán de fuentes públicas y privadas y serán reembolsables o líneas de crédito.

Los llamados "medios de implementación" contenidos en el Acuerdo serán: el flujo financiero, la generación de capacidades y la transferencia de tecnología para que los países en desarrollo puedan reducir emisiones y adaptarse al cambio climático contribuyendo a generar un modelo de desarrollo bajo en carbono y resiliente desde el punto de vista climático el que deberá contemplar el respeto a los derechos humanos, el empoderamiento de la mujer, el respeto de diversos sectores vulnerables en particular las culturas originales reconociendo los conocimientos de los pueblos indígenas y su vinculación con la naturaleza.

El Acuerdo de París contribuye a impulsar el desarrollo de nuestro país no presentando barreras comerciales o productivas que lo impidan. Por el contrario Uruguay podrá presentar proyectos que permitan transferir tecnología, generar capacidades y brindar financiación para la continua mitigación de emisiones como para la adaptación al cambio climático.

TEXTO

El Acuerdo consta de un Preámbulo y 29 artículos.

El Poder Ejecutivo reitera al señor Presidente de la Asamblea General las seguridades de su más alta consideración.

Dr. TABARÉ VÁZQUEZ
Presidente de la República
Período 2015 - 2020

Montevideo, 05 SEP 2016

PROYECTO DE LEY

ARTICULO ÚNICO.- Apruébase el Acuerdo de París, adoptado el 12 de diciembre de 2015 en París, República Francesa y suscrito por la República en Nueva York el 22 de abril de 2016.

CÁMARA DE SENADORES
Comisión de Asuntos Internacionales

ACUERDO DE PARÍS

Informe

La Comisión de Asuntos Internacionales trae al pleno del Senado el proyecto de ley por el cual se aprueba el Acuerdo de París, adoptado en París, República Francesa, el 12 de diciembre de 2015 en el marco de la 21º Conferencia de las Partes de la Convención Marco de Naciones Unidas sobre Cambio Climático y suscrito por la República en Nueva York el 22 de abril de 2016. Se trata del primer acuerdo global y vinculante sobre clima.

Caben destacar como antecedentes del presente documento, el Protocolo de Kioto sobre el Cambio Climático que consagra el objetivo de reducir las emisiones de gases de efecto invernadero que causan el calentamiento global y la 17° Conferencia de las Partes de la Convención Marco de Naciones Unidas sobre Cambio Climático, realizada en Durban, en diciembre de 2011, en la que se acordó iniciar un proceso para elaborar un documento jurídico vinculante que fuera aplicable a todas las Partes.

El Acuerdo de Paris tiene como principal objetivo la mejora de la implementación de la Convención Marco de Naciones Unidas sobre Cambio Climático a través de: (1) la limitación a 2°C anuales del incremento de la temperatura media global (y en los casos en que es posible, tender a un objetivo más ambicioso de 1.5°C); (2) la mejora de las capacidades de adaptación al cambio climático y (3) la implementación de mecanismos de financiamiento para la promoción de un modelo de desarrollo sostenible que reduzca las emisiones de gases a efecto invernadero.

Tanto países desarrollados como en desarrollo, asumieron compromisos en materia de reducción de emisiones, de acuerdo al principio de responsabilidades comunes pero diferenciadas.

Nuestro país posee fortalezas institucionales, así como políticas públicas globales y sectoriales que le han permitido enfrentar tempranamente los efectos del cambio climático. Uruguay ha desarrollado una serie de programas de adaptación, especialmente en los sectores agropecuario, de gestión de riesgos relacionados a desastres naturales, protección de costas y hábitat natural.

Uruguay defendió en forma consistente que el Acuerdo fuera eficaz y ambicioso y así conseguir alcanzar el objetivo último de Convención Marco del aumento máximo de 2°C de la temperatura media global. Asimismo, defendió el principio de Responsabilidades Comunes pero Diferenciadas y Respectivas

Capacidades, por lo que los esfuerzos y compromisos en materia de mitigación deberían diferenciar a los países en función de sus posibilidades nacionales y que los aportes al financiamiento climático a ser provisto por los países desarrollados a los países en desarrollo fuera adicional, adecuado, previsible, accesible, sostenido, escalado y con principal fuente de financiamiento de fondos públicos.

Los países se obligan a alcanzar rápidamente su pico de emisiones y a partir de dicho momento realizar reducciones hasta lograr un equilibrio entre las emisiones y las capturas de gases de efecto invernadero.

Para la ejecución de planes de mitigación y de adaptación de los países en desarrollo, los principales emisores aceptan brindar un financiamiento de cien mil millones de dólares anuales, a través de fondos reembolsables o líneas de crédito.

En cuanto a los "medios de implementación" contenidos en el Acuerdo se señalan: el flujo financiero, la generación de capacidades y la transferencia de tecnología para que los países en desarrollo puedan reducir emisiones y adaptarse al cambio climático y la promoción de un modelo de desarrollo bajo en carbono y resiliente desde el punto de vista climático. En todos los casos, estos medios se enmarcan en el respeto a los derechos humanos, el empoderamiento de la mujer y de los sectores más vulnerables de la sociedad.

Este instrumento contribuye a impulsar el desarrollo de nuestro país, no presentando barreras comerciales o productivas que lo impidan, sino que por el contrario lo habilita a presentar proyectos que permitan transferir tecnología, generar capacidades y brindar financiación para la mitigación de emisiones y a la adaptación al cambio climático.

Para que la Convención entre en vigor es necesario que un mínimo de 55 Partes en la Convención, cuyas emisiones estimadas representen globalmente por lo menos un 55% del total de las emisiones mundiales de gases a efecto invernadero, hayan depositado sus instrumentos de ratificación aceptación, aprobación o adhesión.

El proyecto de ley del Poder Ejecutivo contiene un Artículo Único por el cual se aprueba el Acuerdo. En tanto el texto del Acuerdo consta de un Preámbulo y contiene 29 artículos.

En el Preámbulo, se reconoce que el cambio climático es un problema de toda la humanidad y que al adoptar medidas para hacerle frente, las Partes deberán respetar, promover y tener en cuenta sus respectivas obligaciones

relativas a los derechos humanos, el derecho a la salud, los derechos de los pueblos indígenas, las comunidades locales, los migrantes, los niños, las personas con discapacidad y las personas vulnerables y el derecho al desarrollo, así como la igualdad de género, el empoderamiento de la mujer y la equidad intergeneracional y regional.

En base a ello, se afirma la importancia de conservar y aumentar, según corresponda, los sumideros y depósitos de los gases de efecto invernaderos mencionados en la Convención.

Se reafirma la importancia de la educación, la formación, la sensibilización y participación del público; el acceso público a la información y la cooperación entre todos los niveles de gobierno y diversos actores, de conformidad con las legislaciones nacionales, para hacer frente al cambio climático.

Los artículos 1, 2 y 3 refieren a definiciones, objeto y ámbito de aplicación. En el Artículo 2 se establece el objetivo de reforzar la respuesta mundial a la amenaza del cambio climático, en el contexto del desarrollo sostenible y de los esfuerzos para erradicar la pobreza por medio de, entre otros, la limitación del aumento de la temperatura media mundial a 2ºC con respecto a los niveles preindustriales, y proseguir los esfuerzos para limitar ese aumento a 1,5ºC; aumentar la capacidad de adaptación a los efectos adversos del cambio climático y promover la resiliencia al clima y un desarrollo con bajas emisiones de gases efecto invernadero, de un modo que no comprometa la producción de alimentos; y situar los flujos financiero en un nivel compatible con una trayectoria que conduzca a un desarrollo resiliente al clima y con bajas emisiones de gases de efecto invernadero.

El Artículo 4 consagra diversas obligaciones para las Partes, entre la que se destaca: alcanzar el punto máximo de las emisiones mundiales de efecto invernadero lo antes posible, a efectos de dar cumplimiento al objetivo de calentamiento global previsto en el Artículo 2.

El artículo 5 prevé la obligación de adoptar medidas para conservar y aumentar, según corresponda, los sumideros y depósitos de gases de efecto invernadero.

El artículo 6 establece un mecanismo para contribuir a la mitigación de las emisiones de gases de efecto invernadero y apoyar el desarrollo sostenible que funcionará bajo la autoridad de las Partes al presente Acuerdo y que podrá ser utilizado por estas a título voluntario.

A través del artículo 7 las Partes establecen el objetivo mundial relativo a la adaptación, que consiste en aumentar la capacidad de adaptación, fortalecer la resiliencia y reducir la vulnerabilidad al cambio climático con miras a contribuir al desarrollo sostenible, en el contexto del objetivo referente a la temperatura que se menciona en el artículo 2. Se reconoce, entre otros, la importancia de la cooperación internacional en esta área que tome en consideración las necesidades de los países en desarrollo, en especial los particularmente vulnerables a los efectos adversos del cambio climático.

En el artículo 8 las Partes reconocen la importancia de evitar, reducir al mínimo y afrontar las pérdidas y los daños relacionados con los efectos adversos del cambio climático y la sujeción al Mecanismo Internacional de Varsovia para las Pérdidas y los Daños relacionados con las Repercusiones del Cambio Climático.

El artículo 9 refiere a la obligación de los países desarrollados de proporcionar recursos financieros a los países en desarrollo para prestarles asistencia en materia de mitigación y adaptación y asimismo brindar información indicativa y transparente sobre sus contribuciones.

En el artículo 10 las Partes coinciden sobre la importancia de hacer plenamente efectivos el desarrollo y la transferencia de tecnología para combatir el cambio climático y reducir las emisiones de gases de efecto invernadero, fortaleciendo la acción cooperativa.

A través del artículo 12 las Partes se obligan a cooperar en la adopción de medidas para mejorar la educación, la formación, la sensibilización y participación del público y el acceso público a la información sobre cambio climático.

En el artículo 13 se establece un marco de apoyo y transparencia reforzado, dotado de flexibilidad, para tener en cuenta las diferentes capacidades de las Partes y basado en la experiencia colectiva.

El artículo 14 prevé la obligación de la Conferencia de las Partes al presente Acuerdo de realizar balances periódicos de aplicación del presente instrumento.

El artículo 15 establece un mecanismo para facilitar la aplicación y promover el cumplimiento de las disposiciones del presente Acuerdo.

En el artículo 16 se define a la Conferencia de las Partes como reunión de las Partes al Acuerdo y sus funciones.

Los artículos 17, 18 y 19 refieren específicamente a los órganos de secretaria administración, asesoramiento científico y tecnológico y de ejecución del presente Acuerdo.

El artículo 20 establece que el Acuerdo estará abierto a la firma y sujeto a la ratificación, aceptación o aprobación de los Estados y de las organizaciones regionales de integración económica que sean Partes a la Convención. Quedó abierto a la firma en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, entre el 22 de abril de 2016 y el 21 de abril de 2017, y a la adhesión a partir del día siguiente a aquel en que quede cerrado a la firma. Dichos instrumentos de ratificación, aceptación, aprobación o adhesión se depositarán en poder del Depositario.

Los artículos 21, 22 y 23 regulan la entrada vigor, ratificaciones, aceptaciones, aprobaciones y adhesiones del instrumento.

Los artículos 24 y 25 prevén la normativa aplicable para el arreglo de controversias y la forma de ejercicio de voto de las Partes.

El artículo 26 define que el Secretario General de la Naciones Unidas será el depositario del Acuerdo.

Finalmente los artículos 27 y 28 establecen la imposibilidad de formular reservas al instrumento y el mecanismo de denuncia.

Es por ello que la Comisión trae al Plenario del Cuerpo el Acuerdo para su ratificación.

Sala de la Comisión, 6 de octubre de 2016.

MÓNICA XAVIER
Miembro Informante

VERÓNICA ALONSO LUIS ALBERTO LACALLE POU

JORGE LARRAÑAGA RUBÉN MARTÍNEZ HUELMO

CONSTANZA MOREIRA PABLO MIERES ENRIQUE PINTADO

Texto del acuerdo

Acuerdo de París

Las Partes en el presente Acuerdo,

En su calidad de Partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, en adelante denominada "la Convención",

De conformidad con la Plataforma de Durban para una Acción Reforzada establecida mediante la decisión 1/CP.17 de la Conferencia de las Partes en la Convención en su 17º período de sesiones,

Deseosas de hacer realidad el objetivo de la Convención y guiándose por sus principios, incluidos los principios de la equidad y de las responsabilidades comunes pero diferenciadas y las capacidades respectivas, a la luz de las diferentes circunstancias nacionales,

Reconociendo la necesidad de una respuesta progresiva y eficaz a la amenaza apremiante del cambio climático, sobre la base de los mejores conocimientos científicos disponibles,

Reconociendo también las necesidades específicas y las circunstancias especiales de las Partes que son países en desarrollo, sobre todo de las que son particularmente vulnerables a los efectos adversos del cambio climático, como se señala en la Convención,

Teniendo plenamente en cuenta las necesidades específicas y las situaciones especiales de los países menos adelantados en lo que respecta a la financiación y la transferencia de tecnología,

Reconociendo que las Partes pueden verse afectadas no solo por el cambio climático, sino también por las repercusiones de las medidas que se adopten para hacerle frente,

Poniendo de relieve la relación intrínseca que existe entre las medidas, las respuestas y las repercusiones generadas por el cambio climático y el acceso equitativo al desarrollo sostenible y la erradicación de la pobreza,

Teniendo presentes la prioridad fundamental de salvaguardar la seguridad alimentaria y acabar con el hambre, y la particular vulnerabilidad de los sistemas de producción de alimentos a los efectos adversos del cambio climático,

Teniendo en cuenta los imperativos de una reconversión justa de la fuerza laboral y de la creación de trabajo decente y de empleos de calidad, de conformidad con las prioridades de desarrollo definidas a nivel nacional,

Reconociendo que el cambio climático es un problema de toda la humanidad y que, al adoptar medidas para hacerle frente, las Partes deberían respetar, promover y tener en cuenta sus respectivas obligaciones relativas a los derechos humanos, el derecho a la salud, los derechos de los pueblos indígenas, las comunidades locales, los migrantes, los niños, las personas con discapacidad y las personas en situaciones vulnerables y el derecho al desarrollo, así como la igualdad de género, el empoderamiento de la mujer y la equidad intergeneracional,

Teniendo presente la importancia de conservar y aumentar, según corresponda, los sumideros y depósitos de los gases de efecto invernadero mencionados en la Convención,

Observando la importancia de garantizar la integridad de todos los ecosistemas, incluidos los océanos, y la protección de la biodiversidad, reconocida por algunas

culturas como la Madre Tierra, y observando también la importancia que tiene para algunos el concepto de "justicia climática", al adoptar medidas para hacer frente al cambio climático,

Afirmando la importancia de la educación, la formación, la sensibilización y participación del público, el acceso público a la información y la cooperación a todos los niveles en los asuntos de que trata el presente Acuerdo,

Teniendo presente la importancia del compromiso de todos los niveles de gobierno y de los diversos actores, de conformidad con la legislación nacional de cada Parte, al hacer frente al cambio climático,

Teniendo presente también que la adopción de estilos de vida y pautas de consumo y producción sostenibles, en un proceso encabezado por las Partes que son países desarrollados, es una contribución importante a los esfuerzos por hacer frente al cambio climático,

Han convenido en lo siguiente:

Artículo 1

A los efectos del presente Acuerdo, se aplicarán las definiciones que figuran en el artículo 1 de la Convención. Además:

a) Por "Convención" se entenderá la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, aprobada en Nueva York el 9 de mayo de 1992;

b) Por "Conferencia de las Partes" se entenderá la Conferencia de las Partes en la Convención;

c) Por "Parte" se entenderá una Parte en el presente Acuerdo.

Artículo 2

1. El presente Acuerdo, al mejorar la aplicación de la Convención, incluido el logro de su objetivo, tiene por objeto reforzar la respuesta mundial a la amenaza del cambio climático, en el contexto del desarrollo sostenible y de los esfuerzos por erradicar la pobreza, y para ello:

a) Mantener el aumento de la temperatura media mundial muy por debajo de 2 °C con respecto a los niveles preindustriales, y proseguir los esfuerzos para limitar ese aumento de la temperatura a 1,5 °C con respecto a los niveles preindustriales, reconociendo que ello reduciría considerablemente los riesgos y los efectos del cambio climático;

b) Aumentar la capacidad de adaptación a los efectos adversos del cambio climático y promover la resiliencia al clima y un desarrollo con bajas emisiones de gases de efecto invernadero, de un modo que no comprometa la producción de alimentos; y

c) Situar los flujos financieros en un nivel compatible con una trayectoria que conduzca a un desarrollo resiliente al clima y con bajas emisiones de gases de efecto invernadero.

2. El presente Acuerdo se aplicará de modo que refleje la equidad y el principio de las responsabilidades comunes pero diferenciadas y las capacidades respectivas, a la luz de las diferentes circunstancias nacionales.

Artículo 3

En sus contribuciones determinadas a nivel nacional a la respuesta mundial al cambio climático, todas las Partes habrán de realizar y comunicar los esfuerzos ambiciosos que se definen en los artículos 4, 7, 9, 10, 11 y 13 con miras a alcanzar el propósito del presente Acuerdo enunciado en su artículo 2. Los esfuerzos de todas las Partes representarán una progresión a lo largo del tiempo, teniendo en cuenta la necesidad de apoyar a las Partes que son países en desarrollo para lograr la aplicación efectiva del presente Acuerdo.

Artículo 4

1. Para cumplir el objetivo a largo plazo referente a la temperatura que se establece en el artículo 2, las Partes se proponen lograr que las emisiones mundiales de gases de efecto invernadero alcancen su punto máximo lo antes posible, teniendo presente que las Partes que son países en desarrollo tardarán más en lograrlo, y a partir de ese momento reducir rápidamente las emisiones de gases de efecto invernadero, de conformidad con la mejor información científica disponible, para alcanzar un equilibrio entre las emisiones antropógenas por las fuentes y la absorción antropógena por los sumideros en la segunda mitad del siglo, sobre la base de la equidad y en el contexto del desarrollo sostenible y de los esfuerzos por erradicar la pobreza.

2. Cada Parte deberá preparar, comunicar y mantener las sucesivas contribuciones determinadas a nivel nacional que tenga previsto efectuar. Las Partes procurarán adoptar medidas de mitigación internas, con el fin de alcanzar los objetivos de esas contribuciones.

3. La contribución determinada a nivel nacional sucesiva de cada Parte representará una progresión con respecto a la contribución determinada a nivel nacional que esté vigente para esa Parte y reflejará la mayor ambición posible de dicha Parte, teniendo en cuenta sus responsabilidades comunes pero diferenciadas y sus capacidades respectivas, a la luz de las diferentes circunstancias nacionales.

4. Las Partes que son países desarrollados deberían seguir encabezando los esfuerzos, adoptando metas absolutas de reducción de las emisiones para el conjunto de la economía. Las Partes que son países en desarrollo deberían seguir aumentando sus esfuerzos de mitigación, y se las alienta a que, con el tiempo, adopten metas de reducción o limitación de las emisiones para el conjunto de la economía, a la luz de las diferentes circunstancias nacionales.

5. Se prestará apoyo a las Partes que son países en desarrollo para la aplicación del presente artículo, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 9, 10 y 11, teniendo presente que un aumento del apoyo prestado permitirá a esas Partes acrecentar la ambición de sus medidas.

6. Los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo podrán preparar y comunicar estrategias, planes y medidas para un desarrollo con bajas emisiones de gases de efecto invernadero que reflejen sus circunstancias especiales.

7. Los beneficios secundarios de mitigación que se deriven de las medidas de adaptación y/o los planes de diversificación económica de las Partes podrán contribuir a los resultados de mitigación en el marco del presente artículo.

8. Al comunicar sus contribuciones determinadas a nivel nacional, todas las Partes deberán proporcionar la información necesaria a los fines de la claridad, la transparencia y la comprensión, con arreglo a lo dispuesto en la decisión 1/CP.21 y en

toda decisión pertinente que adopte la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo.

9. Cada Parte deberá comunicar una contribución determinada a nivel nacional cada cinco años, de conformidad con lo dispuesto en la decisión 1/CP.21 y en toda decisión pertinente que adopte la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo, y tener en cuenta los resultados del balance mundial a que se refiere el artículo 14.

10. La Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo examinará los plazos comunes para las contribuciones determinadas a nivel nacional en su primer periodo de sesiones.

11. Las Partes podrán ajustar en cualquier momento su contribución determinada a nivel nacional que esté vigente con miras a aumentar su nivel de ambición, de conformidad con la orientación que imparta la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo.

12. Las contribuciones determinadas a nivel nacional que comuniquen las Partes se inscribirán en un registro público que llevará la secretaría.

13. Las Partes deberán rendir cuentas de sus contribuciones determinadas a nivel nacional. Al rendir cuentas de las emisiones y la absorción antropógenas correspondientes a sus contribuciones determinadas a nivel nacional, las Partes deberán promover la integridad ambiental, la transparencia, la exactitud, la exhaustividad, la comparabilidad y la coherencia y velar por que se evite el doble cómputo, de conformidad con las orientaciones que apruebe la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo.

14. En el contexto de sus contribuciones determinadas a nivel nacional, al consignar y aplicar medidas de mitigación respecto de las emisiones y absorciones antropógenas, las Partes deberían tener en cuenta, cuando sea el caso, los métodos y orientaciones que existan en el marco de la Convención, a la luz de lo dispuesto en el párrafo 13 del presente artículo.

15. Al aplicar el presente Acuerdo, las Partes deberán tomar en consideración las preocupaciones de aquellas Partes cuyas economías se vean más afectadas por las repercusiones de las medidas de respuesta, particularmente de las que sean países en desarrollo.

16. Las Partes, con inclusión de las organizaciones regionales de integración económica y sus Estados miembros, que hayan llegado a un acuerdo para actuar conjuntamente en lo referente al párrafo 2 del presente artículo deberán notificar a la secretaría los términos de ese acuerdo en el momento en que comuniquen sus contribuciones determinadas a nivel nacional, incluyendo el nivel de emisiones asignado a cada Parte en el período pertinente. La secretaría comunicará a su vez esos términos a las Partes y a los signatarios de la Convención.

17. Cada parte en ese acuerdo será responsable del nivel de emisiones que se le haya asignado en el acuerdo mencionado en el párrafo 16 del presente artículo, de conformidad con lo dispuesto en los párrafos 13 y 14 del presente artículo y en los artículos 13 y 15.

18. Si las Partes que actúan conjuntamente lo hacen en el marco de una organización regional de integración económica y junto con ella, y esa organización es a su vez Parte en el presente Acuerdo, cada Estado miembro de esa organización regional de integración económica, en forma individual y conjuntamente con dicha organización, será responsable de su nivel de emisiones que figure en el acuerdo

comunicado con arreglo a lo dispuesto en el párrafo 16 del presente artículo, de conformidad con sus párrafos 13 y 14, y con los artículos 13 y 15.

19. Todas las Partes deberían esforzarse por formular y comunicar estrategias a largo plazo para un desarrollo con bajas emisiones de gases de efecto invernadero, teniendo presente el artículo 2 y tomando en consideración sus responsabilidades comunes pero diferenciadas y sus capacidades respectivas, a la luz de las diferentes circunstancias nacionales.

Artículo 5

1. Las Partes deberían adoptar medidas para conservar y aumentar, según corresponda, los sumideros y depósitos de gases de efecto invernadero a que se hace referencia en el artículo 4, párrafo 1 d), de la Convención, incluidos los bosques.

2. Se alienta a las Partes a que adopten medidas para aplicar y apoyar, también mediante los pagos basados en los resultados, el marco establecido en las orientaciones y decisiones pertinentes ya adoptadas en el ámbito de la Convención respecto de los enfoques de política y los incentivos positivos para reducir las emisiones debidas a la deforestación y la degradación de los bosques, y de la función de la conservación, la gestión sostenible de los bosques, y el aumento de las reservas forestales de carbono en los países en desarrollo, así como de los enfoques de política alternativos, como los que combinan la mitigación y la adaptación para la gestión integral y sostenible de los bosques, reafirmando al mismo tiempo la importancia de incentivar, cuando proceda, los beneficios no relacionados con el carbono que se derivan de esos enfoques.

Artículo 6

1. Las Partes reconocen que algunas Partes podrán optar por cooperar voluntariamente en la aplicación de sus contribuciones determinadas a nivel nacional para lograr una mayor ambición en sus medidas de mitigación y adaptación y promover el desarrollo sostenible y la integridad ambiental.

2. Cuando participen voluntariamente en enfoques cooperativos que entrañen el uso de resultados de mitigación de transferencia internacional para cumplir con las contribuciones determinadas a nivel nacional, las Partes deberán promover el desarrollo sostenible y garantizar la integridad ambiental y la transparencia, también en la gobernanza, y aplicar una contabilidad robusta que asegure, entre otras cosas, la ausencia de doble cómputo, de conformidad con las orientaciones que haya impartido la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo.

3. La utilización de resultados de mitigación de transferencia internacional para cumplir con las contribuciones determinadas a nivel nacional en virtud del presente Acuerdo será voluntaria y deberá ser autorizada por las Partes participantes.

4. Por el presente se establece un mecanismo para contribuir a la mitigación de las emisiones de gases de efecto invernadero y apoyar el desarrollo sostenible, que funcionará bajo la autoridad y la orientación de la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo y podrá ser utilizado por las Partes a título voluntario. El mecanismo será supervisado por un órgano que designará la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo, y tendrá por objeto:

a) Promover la mitigación de las emisiones de gases de efecto invernadero, fomentando al mismo tiempo el desarrollo sostenible;

b) Incentivar y facilitar la participación, en la mitigación de las emisiones de gases de efecto invernadero, de las entidades públicas y privadas que cuenten con la autorización de las Partes;

c) Contribuir a la reducción de los niveles de emisión en las Partes de acogida, que se beneficiarán de actividades de mitigación por las que se generarán reducciones de las emisiones que podrá utilizar también otra Parte para cumplir con su contribución determinada a nivel nacional; y

d) Producir una mitigación global de las emisiones mundiales.

5. Las reducciones de las emisiones que genere el mecanismo a que se refiere el párrafo 4 del presente artículo no deberán utilizarse para demostrar el cumplimiento de la contribución determinada a nivel nacional de la Parte de acogida, si otra Parte las utiliza para demostrar el cumplimiento de su propia contribución determinada a nivel nacional.

6. La Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo velará por que una parte de los fondos devengados de las actividades que se realicen en el marco del mecanismo a que se refiere el párrafo 4 del presente artículo se utilice para sufragar los gastos administrativos y para ayudar a las Partes que son países en desarrollo particularmente vulnerables a los efectos adversos del cambio climático a hacer frente a los costos de la adaptación.

7. La Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo aprobará las normas, las modalidades y los procedimientos del mecanismo a que se refiere el párrafo 4 del presente artículo en su primer período de sesiones.

8. Las Partes reconocen la importancia de disponer de enfoques no relacionados con el mercado que sean integrados, holísticos y equilibrados y que les ayuden a implementar sus contribuciones determinadas a nivel nacional, en el contexto del desarrollo sostenible y de la erradicación de la pobreza y de manera coordinada y eficaz, entre otras cosas mediante la mitigación, la adaptación, la financiación, la transferencia de tecnología y el fomento de la capacidad, según proceda. Estos enfoques tendrán por objeto:

a) Promover la ambición relativa a la mitigación y la adaptación;

b) Aumentar la participación de los sectores público y privado en la aplicación de las contribuciones determinadas a nivel nacional; y

c) Ofrecer oportunidades para la coordinación de los instrumentos y los arreglos institucionales pertinentes.

9. Por el presente se define un marco para los enfoques de desarrollo sostenible no relacionados con el mercado, a fin de promover los enfoques no relacionados con el mercado a que se refiere el párrafo 8 del presente artículo.

Artículo 7

1. Por el presente, las Partes establecen el objetivo mundial relativo a la adaptación, que consiste en aumentar la capacidad de adaptación, fortalecer la resiliencia y reducir la vulnerabilidad al cambio climático con miras a contribuir al desarrollo sostenible y lograr una respuesta de adaptación adecuada en el contexto del objetivo referente a la temperatura que se menciona en el artículo 2.

2. Las Partes reconocen que la adaptación es un desafío mundial que incumbe a todos, con dimensiones locales, subnacionales, nacionales, regionales e

internacionales, y que es un componente fundamental de la respuesta mundial a largo plazo frente al cambio climático y contribuye a esa respuesta, cuyo fin es proteger a las personas, los medios de vida y los ecosistemas, teniendo en cuenta las necesidades urgentes e inmediatas de las Partes que son países en desarrollo particularmente vulnerables a los efectos adversos del cambio climático.

3. Los esfuerzos de adaptación que realicen las Partes que son países en desarrollo serán reconocidos, con arreglo a las modalidades que apruebe la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo en su primer período de sesiones.

4. Las Partes reconocen que la necesidad actual de adaptación es considerable, que un incremento de los niveles de mitigación puede reducir la necesidad de esfuerzos adicionales de adaptación, y que un aumento de las necesidades de adaptación puede entrañar mayores costos de adaptación.

5. Las Partes reconocen que la labor de adaptación debería llevarse a cabo mediante un enfoque que deje el control en manos de los países, responda a las cuestiones de género y sea participativo y del todo transparente, tomando en consideración a los grupos, comunidades y ecosistemas vulnerables, y que dicha labor debería basarse e inspirarse en la mejor información científica disponible y, cuando corresponda, en los conocimientos tradicionales, los conocimientos de los pueblos indígenas y los sistemas de conocimientos locales, con miras a integrar la adaptación en las políticas y medidas socioeconómicas y ambientales pertinentes, cuando sea el caso.

6. Las Partes reconocen la importancia del apoyo prestado a los esfuerzos de adaptación y de la cooperación internacional en esos esfuerzos, y la importancia de que se tomen en consideración las necesidades de las Partes que son países en desarrollo, en especial de las que son particularmente vulnerables a los efectos adversos del cambio climático.

7. Las Partes deberían reforzar su cooperación para potenciar la labor de adaptación, teniendo en cuenta el Marco de Adaptación de Cancún, entre otras cosas con respecto a:

a) El intercambio de información, buenas prácticas, experiencias y enseñanzas extraídas, en lo referente, según el caso, a la ciencia, la planificación, las políticas y la aplicación de medidas de adaptación, entre otras cosas;

b) El fortalecimiento de los arreglos institucionales, incluidos los de la Convención que estén al servicio del presente Acuerdo, para apoyar la síntesis de la información y los conocimientos pertinentes, así como la provisión de orientación y apoyo técnico a las Partes;

c) El fortalecimiento de los conocimientos científicos sobre el clima, con inclusión de la investigación, la observación sistemática del sistema climático y los sistemas de alerta temprana, de un modo que aporte información a los servicios climáticos y apoye la adopción de decisiones;

d) La prestación de asistencia a las Partes que son países en desarrollo en la determinación de las prácticas de adaptación eficaces, las necesidades de adaptación, las prioridades, el apoyo prestado y recibido para las medidas y los esfuerzos de adaptación, las dificultades y las carencias, de una manera que permita promover las buenas prácticas; y

e) El aumento de la eficacia y la durabilidad de las medidas de adaptación.

8. Se alienta a las organizaciones y organismos especializados de las Naciones Unidas a que apoyen los esfuerzos de las Partes por llevar a efecto las medidas

mencionadas en el párrafo 7 del presente artículo, teniendo en cuenta lo dispuesto en su párrafo 5.

9. Cada Parte deberá, cuando sea el caso, emprender procesos de planificación de la adaptación y adoptar medidas, como la formulación o mejora de los planes, políticas y/o contribuciones pertinentes, lo que podrá incluir:

a) La aplicación de medidas, iniciativas y/o esfuerzos de adaptación;

b) El proceso de formulación y ejecución de los planes nacionales de adaptación;

c) La evaluación de los efectos del cambio climático y de la vulnerabilidad a este, con miras a formular sus medidas prioritarias determinadas a nivel nacional, teniendo en cuenta a las personas, los lugares y los ecosistemas vulnerables;

d) La vigilancia y evaluación de los planes, políticas, programas y medidas de adaptación y la extracción de las enseñanzas correspondientes; y

e) El aumento de la resiliencia de los sistemas socioeconómicos y ecológicos, en particular mediante la diversificación económica y la gestión sostenible de los recursos naturales.

10. Cada Parte debería, cuando proceda, presentar y actualizar periódicamente una comunicación sobre la adaptación, que podrá incluir sus prioridades, sus necesidades de aplicación y apoyo, sus planes y sus medidas, sin que ello suponga una carga adicional para las Partes que son países en desarrollo.

11. La comunicación sobre la adaptación mencionada en el párrafo 10 del presente artículo deberá, según el caso, presentarse o actualizarse periódicamente, como un componente de otras comunicaciones o documentos, por ejemplo de un plan nacional de adaptación, de la contribución determinada a nivel nacional prevista en el artículo 4, párrafo 2, o de una comunicación nacional, o conjuntamente con ellos.

12. La comunicación sobre la adaptación mencionada en el párrafo 10 del presente artículo deberá inscribirse en un registro público que llevará la secretaría.

13. Se prestará un apoyo internacional continuo y reforzado a las Partes que son países en desarrollo para la aplicación de los párrafos 7, 9, 10 y 11 del presente artículo, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 9, 10 y 11.

14. El balance mundial a que se refiere el artículo 14 deberá, entre otras cosas:

a) Reconocer los esfuerzos de adaptación de las Partes que son países en desarrollo;

b) Mejorar la aplicación de las medidas de adaptación teniendo en cuenta la comunicación sobre la adaptación mencionada en el párrafo 10 del presente artículo;

c) Examinar la idoneidad y eficacia de la adaptación y el apoyo prestado para ella; y

d) Examinar los progresos globales realizados en el logro del objetivo mundial relativo a la adaptación que se enuncia en el párrafo 1 del presente artículo.

Artículo 8

1. Las Partes reconocen la importancia de evitar, reducir al mínimo y afrontar las pérdidas y los daños relacionados con los efectos adversos del cambio climático, incluidos los fenómenos meteorológicos extremos y los fenómenos de evolución lenta,

y la contribución del desarrollo sostenible a la reducción del riesgo de pérdidas y daños.

2. El Mecanismo Internacional de Varsovia para las Pérdidas y los Daños relacionados con las Repercusiones del Cambio Climático estará sujeto a la autoridad y la orientación de la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo, y podrá mejorarse y fortalecerse según lo que esta determine.

3. Las Partes deberían reforzar la comprensión, las medidas y el apoyo, de manera cooperativa y facilitativa, entre otras cosas a través del Mecanismo Internacional de Varsovia, cuando corresponda, con respecto a las pérdidas y los daños relacionados con los efectos adversos del cambio climático.

4. Por consiguiente, las esferas en las que se debería actuar de manera cooperativa y facilitativa para mejorar la comprensión, las medidas y el apoyo podrán incluir:

a) Los sistemas de alerta temprana;

b) La preparación para situaciones de emergencia;

c) Los fenómenos de evolución lenta;

d) Los fenómenos que puedan producir pérdidas y daños permanentes e irreversibles;

e) La evaluación y gestión integral del riesgo;

f) Los servicios de seguros de riesgos, la mancomunación del riesgo climático y otras soluciones en el ámbito de los seguros;

g) Las pérdidas no económicas; y

h) La resiliencia de las comunidades, los medios de vida y los ecosistemas.

5. El Mecanismo Internacional de Varsovia colaborará con los órganos y grupos de expertos ya existentes en el marco del Acuerdo, así como con las organizaciones y los órganos de expertos competentes que operen al margen de este.

Artículo 9

1. Las Partes que son países desarrollados deberán proporcionar recursos financieros a las Partes que son países en desarrollo para prestarles asistencia tanto en la mitigación como en la adaptación, y seguir cumpliendo así sus obligaciones en virtud de la Convención.

2. Se alienta a otras Partes a que presten o sigan prestando ese apoyo de manera voluntaria.

3. En el marco de un esfuerzo mundial, las Partes que son países desarrollados deberían seguir encabezando los esfuerzos dirigidos a movilizar financiación para el clima a partir de una gran variedad de fuentes, instrumentos y cauces, teniendo en cuenta el importante papel de los fondos públicos, a través de diversas medidas, como el apoyo a las estrategias controladas por los países, y teniendo en cuenta las necesidades y prioridades de las Partes que son países en desarrollo. Esa movilización de financiación para el clima debería representar una progresión con respecto a los esfuerzos anteriores.

4. En el suministro de un mayor nivel de recursos financieros se debería buscar un equilibrio entre la adaptación y la mitigación, teniendo en cuenta las estrategias que determinen los países y las prioridades y necesidades de las Partes que

son países en desarrollo, en especial de las que son particularmente vulnerables a los efectos adversos del cambio climático y tienen limitaciones importantes de capacidad, como los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo, y tomando en consideración la necesidad de recursos públicos y a título de donación para la labor de adaptación.

5. Las Partes que son países desarrollados deberán comunicar bienalmente información indicativa, de carácter cuantitativo y cualitativo, en relación con lo dispuesto en los párrafos 1 y 3 del presente artículo, según corresponda, con inclusión de los niveles proyectados de recursos financieros públicos que se suministrarán a las Partes que son países en desarrollo, cuando se conozcan. Se alienta a las otras Partes que proporcionen recursos a que comuniquen bienalmente esa información de manera voluntaria.

6. En el balance mundial de que trata el artículo 14 se tendrá en cuenta la información pertinente que proporcionen las Partes que son países desarrollados y/o los órganos del Acuerdo sobre los esfuerzos relacionados con la financiación para el clima.

7. Las Partes que son países desarrollados deberán proporcionar bienalmente información transparente y coherente sobre el apoyo para las Partes que son países en desarrollo que se haya prestado y movilizado mediante intervenciones públicas, de conformidad con las modalidades, los procedimientos y las directrices que apruebe la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo en su primer período de sesiones, como se establece en el artículo 13, párrafo 13. Se alienta a otras Partes a que hagan lo mismo.

8. El Mecanismo Financiero de la Convención, con las entidades encargadas de su funcionamiento, constituirá el mecanismo financiero del presente Acuerdo.

9. Las instituciones al servicio del presente Acuerdo, incluidas las entidades encargadas del funcionamiento del Mecanismo Financiero de la Convención, procurarán ofrecer a las Partes que son países en desarrollo, en particular a los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo, un acceso eficiente a los recursos financieros mediante procedimientos de aprobación simplificados y un mayor apoyo para la preparación, en el contexto de sus planes y estrategias nacionales sobre el clima.

Artículo 10

1. Las Partes comparten una visión a largo plazo sobre la importancia de hacer plenamente efectivos el desarrollo y la transferencia de tecnología para mejorar la resiliencia al cambio climático y reducir las emisiones de gases de efecto invernadero.

2. Las Partes, teniendo en cuenta la importancia de la tecnología para la puesta en práctica de medidas de mitigación y adaptación en virtud del presente Acuerdo y tomando en consideración los esfuerzos de difusión y despliegue de tecnología que ya se están realizando, deberán fortalecer su acción cooperativa en el desarrollo y la transferencia de tecnología.

3. El Mecanismo Tecnológico establecido en el marco de la Convención estará al servicio del presente Acuerdo.

4. Por el presente se establece un marco tecnológico que impartirá orientación general al Mecanismo Tecnológico en su labor de promover y facilitar el fortalecimiento del desarrollo y la transferencia de tecnología a fin de respaldar la

aplicación del presente Acuerdo, con miras a hacer realidad la visión a largo plazo enunciada en el párrafo 1 de este artículo.

5. Para dar una respuesta mundial eficaz y a largo plazo al cambio climático y promover el crecimiento económico y el desarrollo sostenible es indispensable posibilitar, alentar y acelerar la innovación. Este esfuerzo será respaldado como corresponda, entre otros por el Mecanismo Tecnológico y, con medios financieros, por el Mecanismo Financiero de la Convención, a fin de impulsar los enfoques colaborativos en la labor de investigación y desarrollo y de facilitar el acceso de las Partes que son países en desarrollo a la tecnología, en particular en las primeras etapas del ciclo tecnológico.

6. Se prestará apoyo, también de carácter financiero, a las Partes que son países en desarrollo para la aplicación del presente artículo, entre otras cosas para fortalecer la acción cooperativa en el desarrollo y la transferencia de tecnología en las distintas etapas del ciclo tecnológico, con miras a lograr un equilibrio entre el apoyo destinado a la mitigación y a la adaptación. En el balance mundial a que se refiere el artículo 14 se tendrá en cuenta la información que se comunique sobre los esfuerzos relacionados con el apoyo al desarrollo de tecnología y a su transferencia a las Partes que son países en desarrollo.

Artículo 11

1. El fomento de la capacidad en el marco del presente Acuerdo debería mejorar la capacidad y las competencias de las Partes que son países en desarrollo, en particular de los que tienen menos capacidad, como los países menos adelantados, y los que son particularmente vulnerables a los efectos adversos del cambio climático, como los pequeños Estados insulares en desarrollo, para llevar a cabo una acción eficaz frente al cambio climático, entre otras cosas, para aplicar medidas de adaptación y mitigación, y debería facilitar el desarrollo, la difusión y el despliegue de tecnología, el acceso a financiación para el clima, los aspectos pertinentes de la educación, formación y sensibilización del público y la comunicación de información de forma transparente, oportuna y exacta.

2. El fomento de la capacidad debería estar bajo el control de los países, basarse en las necesidades nacionales y responder a ellas, y fomentar la implicación de las Partes, en particular de las que son países en desarrollo, incluyendo en los planos nacional, subnacional y local. El fomento de la capacidad debería guiarse por las lecciones aprendidas, también en las actividades en esta esfera realizadas en el marco de la Convención, y debería ser un proceso eficaz e iterativo, que sea participativo y transversal y que responda a las cuestiones de género.

3. Todas las Partes deberían cooperar para mejorar la capacidad de las Partes que son países en desarrollo de aplicar el presente Acuerdo. Las Partes que son países desarrollados deberían aumentar el apoyo prestado a las actividades de fomento de la capacidad en las Partes que son países en desarrollo.

4. Todas las Partes que aumenten la capacidad de las Partes que son países en desarrollo de aplicar el presente Acuerdo mediante enfoques regionales, bilaterales y multilaterales, entre otros, deberán informar periódicamente sobre esas actividades o medidas de fomento de la capacidad. Las Partes que son países en desarrollo deberían comunicar periódicamente los progresos realizados en la ejecución de todo plan, política, actividad o medida de fomento de la capacidad que apliquen para dar efecto al presente Acuerdo.

5. Las actividades de fomento de la capacidad se potenciarán mediante los arreglos institucionales apropiados para apoyar la aplicación del presente Acuerdo,

incluidos los arreglos de ese tipo que se hayan establecido en el marco de la Convención y estén al servicio del Acuerdo. La Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo examinará y adoptará una decisión sobre los arreglos institucionales iniciales para el fomento de la capacidad en su primer período de sesiones.

Artículo 12

Las Partes deberán cooperar en la adopción de las medidas que correspondan para mejorar la educación, la formación, la sensibilización y participación del público y el acceso público a la información sobre el cambio climático, teniendo presente la importancia de estas medidas para mejorar la acción en el marco del presente Acuerdo.

Artículo 13

1. Con el fin de fomentar la confianza mutua y de promover la aplicación efectiva, por el presente se establece un marco de transparencia reforzado para las medidas y el apoyo, dotado de flexibilidad para tener en cuenta las diferentes capacidades de las Partes y basado en la experiencia colectiva.

2. El marco de transparencia ofrecerá flexibilidad a las Partes que son países en desarrollo que lo necesiten, teniendo en cuenta sus capacidades, para la aplicación de las disposiciones del presente artículo. Esa flexibilidad se reflejará en las modalidades, los procedimientos y las directrices a que se hace referencia en el párrafo 13 del presente artículo.

3. El marco de transparencia tomará como base y reforzará los arreglos para la transparencia previstos en la Convención, reconociendo las circunstancias especiales de los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo, se aplicará de manera facilitadora, no intrusiva y no punitiva, respetando la soberanía nacional, y evitará imponer una carga indebida a las Partes.

4. Los arreglos para la transparencia previstos en la Convención, como las comunicaciones nacionales, los informes bienales y los informes bienales de actualización, el proceso de evaluación y examen internacional y el proceso de consulta y análisis internacional, formarán parte de la experiencia que se tendrá en cuenta para elaborar las modalidades, los procedimientos y las directrices previstos en el párrafo 13 del presente artículo.

5. El propósito del marco de transparencia de las medidas es dar una visión clara de las medidas adoptadas para hacer frente al cambio climático a la luz del objetivo de la Convención, enunciado en su artículo 2, entre otras cosas aumentando la claridad y facilitando el seguimiento de los progresos realizados en relación con las contribuciones determinadas a nivel nacional de cada una de las Partes en virtud del artículo 4, y de las medidas de adaptación adoptadas por las Partes en virtud del artículo 7, incluidas las buenas prácticas, las prioridades, las necesidades y las carencias, como base para el balance mundial a que se refiere el artículo 14.

6. El propósito del marco de transparencia del apoyo es dar una visión clara del apoyo prestado o recibido por las distintas Partes en el contexto de las medidas para hacer frente al cambio climático previstas en los artículos 4, 7, 9, 10 y 11 y ofrecer, en lo posible, un panorama completo del apoyo financiero agregado que se haya prestado, como base para el balance mundial a que se refiere el artículo 14.

7. Cada Parte deberá proporcionar periódicamente la siguiente información:

a) Un informe sobre el inventario nacional de las emisiones antropógenas por las fuentes y la absorción antropógena por los sumideros de gases de efecto invernadero, elaborado utilizando las metodologías para las buenas prácticas aceptadas por el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático que haya aprobado la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo; y

b) La información necesaria para hacer un seguimiento de los progresos alcanzados en la aplicación y el cumplimiento de su contribución determinada a nivel nacional en virtud del artículo 4.

8. Cada Parte debería proporcionar también información relativa a los efectos del cambio climático y a la labor de adaptación con arreglo al artículo 7, según proceda.

9. Las Partes que son países desarrollados deberán, y las otras Partes que proporcionen apoyo deberían, suministrar información sobre el apoyo en forma de financiación, transferencia de tecnología y fomento de la capacidad prestado a las Partes que son países en desarrollo de conformidad con lo dispuesto en los artículos 9, 10 y 11.

10. Las Partes que son países en desarrollo deberían proporcionar información sobre el apoyo en forma de financiación, transferencia de tecnología y fomento de la capacidad requerido y recibido con arreglo a lo dispuesto en los artículos 9, 10 y 11.

11. La información que comunique cada Parte conforme a lo solicitado en los párrafos 7 y 9 del presente artículo se someterá a un examen técnico por expertos, de conformidad con la decisión 1/CP.21. Para las Partes que son países en desarrollo que lo requieran a la luz de sus capacidades, el proceso de examen incluirá asistencia para determinar las necesidades de fomento de la capacidad. Además, cada Parte participará en un examen facilitador y multilateral de los progresos alcanzados en sus esfuerzos relacionados con lo dispuesto en el artículo 9, así como en la aplicación y el cumplimiento de su respectiva contribución determinada a nivel nacional.

12. El examen técnico por expertos previsto en el presente párrafo consistirá en la consideración del apoyo prestado por la Parte interesada, según corresponda, y de la aplicación y el cumplimiento por esta de su contribución determinada a nivel nacional. El examen también determinará los ámbitos en que la Parte interesada pueda mejorar, e incluirá un examen de la coherencia de la información con las modalidades, procedimientos y directrices a que se hace referencia en el párrafo 13 del presente artículo, teniendo en cuenta la flexibilidad otorgada a esa Parte con arreglo al párrafo 2 del presente artículo. En el examen se prestará especial atención a las respectivas capacidades y circunstancias nacionales de las Partes que son países en desarrollo.

13. La Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo, en su primer período de sesiones, aprovechando la experiencia adquirida con los arreglos relativos a la transparencia en el marco de la Convención y definiendo con más detalle las disposiciones del presente artículo, aprobará modalidades, procedimientos y directrices comunes, según proceda, para la transparencia de las medidas y el apoyo.

14. Se prestará apoyo a los países en desarrollo para la aplicación del presente artículo.

15. Se prestará también apoyo continuo para aumentar la capacidad de transparencia de las Partes que son países en desarrollo.

Artículo 14

1. La Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo hará periódicamente un balance de la aplicación del presente Acuerdo para determinar el avance colectivo en el cumplimiento de su propósito y de sus objetivos a largo plazo ("el balance mundial"), y lo hará de manera global y facilitadora, examinando la mitigación, la adaptación, los medios de aplicación y el apoyo, y a la luz de la equidad y de la mejor información científica disponible.

2. La Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo hará su primer balance mundial en 2023 y a partir de entonces, a menos que decida otra cosa, lo hará cada cinco años.

3. El resultado del balance mundial aportará información a las Partes para que actualicen y mejoren, del modo que determinen a nivel nacional, sus medidas y su apoyo de conformidad con las disposiciones pertinentes del presente Acuerdo, y para que aumenten la cooperación internacional en la acción relacionada con el clima.

Artículo 15

1. Por el presente se establece un mecanismo para facilitar la aplicación y promover el cumplimiento de las disposiciones del presente Acuerdo.

2. El mecanismo mencionado en el párrafo 1 del presente artículo consistirá en un comité compuesto por expertos y de carácter facilitador, que funcionará de manera transparente, no contenciosa y no punitiva. El comité prestará especial atención a las respectivas circunstancias y capacidades nacionales de las Partes.

3. El comité funcionará con arreglo a las modalidades y los procedimientos que apruebe en su primer período de sesiones la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo, a la que presentará informes anuales.

Artículo 16

1. La Conferencia de las Partes, que es el órgano supremo de la Convención, actuará como reunión de las Partes en el presente Acuerdo.

2. Las Partes en la Convención que no sean partes en el presente Acuerdo podrán participar como observadoras en las deliberaciones de cualquier período de sesiones de la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo. Cuando la Conferencia de las Partes actúe como reunión de las Partes en el presente Acuerdo, las decisiones en el ámbito del Acuerdo serán adoptadas únicamente por las Partes en el presente Acuerdo.

3. Cuando la Conferencia de las Partes actúe como reunión de las Partes en el presente Acuerdo, todo miembro de la Mesa de la Conferencia de las Partes que represente a una Parte en la Convención que a la fecha no sea parte en el presente Acuerdo será reemplazado por otro miembro que será elegido de entre las Partes en el presente Acuerdo y por ellas mismas.

4. La Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo examinará regularmente la aplicación del presente Acuerdo y, conforme a su mandato, tomará las decisiones necesarias para promover su aplicación eficaz. Cumplirá las funciones que le asigne el presente Acuerdo y:

a) Establecerá los órganos subsidiarios que considere necesarios para la aplicación del presente Acuerdo; y

b) Desempeñará las demás funciones que sean necesarias para la aplicación del presente Acuerdo.

5. El reglamento de la Conferencia de las Partes y los procedimientos financieros aplicados en relación con la Convención se aplicarán *mutatis mutandis* en relación con el presente Acuerdo, a menos que decida otra cosa por consenso la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo.

6. La secretaría convocará el primer período de sesiones de la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo en conjunto con el primer período de sesiones de la Conferencia de las Partes que se programe después de la fecha de entrada en vigor del presente Acuerdo. Los siguientes períodos ordinarios de sesiones de la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo se celebrarán en conjunto con los períodos ordinarios de sesiones de la Conferencia de las Partes, a menos que decida otra cosa la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo.

7. Los períodos extraordinarios de sesiones de la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo se celebrarán cada vez que la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo lo considere necesario, o cuando una de las Partes lo solicite por escrito, siempre que dentro de los seis meses siguientes a la fecha en que la secretaría haya transmitido a las Partes la solicitud, esta reciba el apoyo de al menos un tercio de las Partes.

8. Las Naciones Unidas, sus organismos especializados y el Organismo Internacional de Energía Atómica, así como todo Estado miembro de esas organizaciones u observador ante ellas que no sea parte en la Convención, podrán estar representados como observadores en los períodos de sesiones de la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo. Todo órgano u organismo, sea nacional o internacional, gubernamental o no gubernamental, que sea competente en los asuntos de que trata el presente Acuerdo y que haya informado a la secretaría de su deseo de estar representado como observador en un período de sesiones de la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo podrá ser admitido como observador a menos que se oponga a ello un tercio de las Partes presentes. La admisión y participación de los observadores se regirán por el reglamento a que se refiere el párrafo 5 de este artículo.

Artículo 17

1. La secretaría establecida por el artículo 8 de la Convención desempeñará la función de secretaría del presente Acuerdo.

2. El artículo 8, párrafo 2, de la Convención, sobre las funciones de la secretaría, y el artículo 8, párrafo 3, de la Convención, sobre las disposiciones para su funcionamiento, se aplicarán *mutatis mutandis* al presente Acuerdo. La secretaría ejercerá además las funciones que se le asignen en el marco del presente Acuerdo y que le confíe la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo.

Artículo 18

1. El Órgano Subsidiario de Asesoramiento Científico y Tecnológico y el Órgano Subsidiario de Ejecución establecidos por los artículos 9 y 10 de la Convención actuarán como Órgano Subsidiario de Asesoramiento Científico y Tecnológico y Órgano Subsidiario de Ejecución del presente Acuerdo, respectivamente. Las disposiciones de la Convención sobre el funcionamiento de estos

dos órganos se aplicarán *mutatis mutandis* al presente Acuerdo. Los periodos de sesiones del Órgano Subsidiario de Asesoramiento Científico y Tecnológico y del Órgano Subsidiario de Ejecución del presente Acuerdo se celebrarán conjuntamente con los del Órgano Subsidiario de Asesoramiento Científico y Tecnológico y el Órgano Subsidiario de Ejecución de la Convención, respectivamente.

2. Las Partes en la Convención que no sean partes en el presente Acuerdo podrán participar como observadoras en las deliberaciones de cualquier período de sesiones de los órganos subsidiarios. Cuando los órganos subsidiarios actúen como órganos subsidiarios del presente Acuerdo, las decisiones en el ámbito del Acuerdo serán adoptadas únicamente por las Partes en el Acuerdo.

3. Cuando los órganos subsidiarios establecidos por los artículos 9 y 10 de la Convención ejerzan sus funciones respecto de cuestiones de interés para el presente Acuerdo, todo miembro de la mesa de los órganos subsidiarios que represente a una Parte en la Convención que a esa fecha no sea parte en el Acuerdo será reemplazado por otro miembro que será elegido de entre las Partes en el Acuerdo y por ellas mismas.

Artículo 19

1. Los órganos subsidiarios u otros arreglos institucionales establecidos por la Convención o en el marco de esta que no se mencionan en el presente Acuerdo estarán al servicio de este si así lo decide la Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo. La Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo especificará las funciones que deberán ejercer esos órganos subsidiarios o arreglos.

2. La Conferencia de las Partes en calidad de reunión de las Partes en el presente Acuerdo podrá impartir orientaciones adicionales a esos órganos subsidiarios y arreglos institucionales.

Artículo 20

1. El presente Acuerdo estará abierto a la firma y sujeto a la ratificación, aceptación o aprobación de los Estados y de las organizaciones regionales de integración económica que sean Partes en la Convención. Quedará abierto a la firma en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York del 22 de abril de 2016 al 21 de abril de 2017, y a la adhesión a partir del día siguiente a aquel en que quede cerrado a la firma. Los instrumentos de ratificación, aceptación, aprobación o adhesión se depositarán en poder del Depositario.

2. Las organizaciones regionales de integración económica que pasen a ser Partes en el presente Acuerdo sin que ninguno de sus Estados miembros lo sea quedarán sujetas a todas las obligaciones dimanantes del Acuerdo. En el caso de las organizaciones regionales de integración económica que tengan uno o más Estados miembros que sean Partes en el presente Acuerdo, la organización y sus Estados miembros determinarán sus respectivas responsabilidades en el cumplimiento de las obligaciones que les incumban en virtud del presente Acuerdo. En tales casos, la organización y los Estados miembros no podrán ejercer simultáneamente derechos conferidos por el Acuerdo.

3. Las organizaciones regionales de integración económica indicarán en sus instrumentos de ratificación, aceptación, aprobación o adhesión su grado de competencia con respecto a las cuestiones regidas por el presente Acuerdo. Esas

organizaciones comunicarán asimismo cualquier modificación sustancial de su ámbito de competencia al Depositario, que a su vez la comunicará a las Partes.

Artículo 21

1. El presente Acuerdo entrará en vigor al trigésimo día contado desde la fecha en que no menos de 55 Partes en la Convención, cuyas emisiones estimadas representen globalmente por lo menos un 55% del total de las emisiones mundiales de gases de efecto invernadero, hayan depositado sus instrumentos de ratificación, aceptación, aprobación o adhesión.

2. A los efectos exclusivamente del párrafo 1 del presente artículo, por "total de las emisiones mundiales de gases de efecto invernadero" se entenderá la cantidad más actualizada que las Partes en la Convención hayan comunicado en la fecha de aprobación del presente Acuerdo, o antes de esa fecha.

3. Para cada Estado u organización regional de integración económica que ratifique, acepte o apruebe el presente Acuerdo o se adhiera a él una vez reunidas las condiciones para la entrada en vigor establecidas en el párrafo 1 de este artículo, el Acuerdo entrará en vigor al trigésimo día contado desde la fecha en que el Estado o la organización regional de integración económica haya depositado su instrumento de ratificación, aceptación, aprobación o adhesión.

4. A los efectos del párrafo 1 del presente artículo, el instrumento que deposite una organización regional de integración económica no contará además de los que hayan depositado sus Estados miembros.

Artículo 22

Las disposiciones del artículo 15 de la Convención sobre la aprobación de enmiendas a la Convención se aplicarán *mutatis mutandis* al presente Acuerdo.

Artículo 23

1. Las disposiciones del artículo 16 de la Convención sobre la aprobación y enmienda de los anexos de la Convención se aplicarán *mutatis mutandis* al presente Acuerdo.

2. Los anexos del Acuerdo formarán parte integrante de este y, a menos que se disponga expresamente otra cosa, toda referencia al presente Acuerdo constituirá al mismo tiempo una referencia a cualquiera de sus anexos. Esos anexos solo podrán contener listas, formularios y cualquier otro material descriptivo que trate de asuntos científicos, técnicos, de procedimiento o administrativos.

Artículo 24

Las disposiciones del artículo 14 de la Convención sobre el arreglo de controversias se aplicarán *mutatis mutandis* al presente Acuerdo.

Artículo 25

1. Con excepción de lo dispuesto en el párrafo 2 del presente artículo, cada Parte tendrá un voto.

2. Las organizaciones regionales de integración económica, en los asuntos de su competencia, ejercerán su derecho de voto con un número de votos igual al número de sus Estados miembros que sean Partes en el presente Acuerdo. Esas organizaciones no ejercerán su derecho de voto si cualquiera de sus Estados miembros ejerce el suyo, y viceversa.

Artículo 26

El Secretario General de las Naciones Unidas será el Depositario del presente Acuerdo.

Artículo 27

No se podrán formular reservas al presente Acuerdo.

Artículo 28

1. Cualquiera de las Partes podrá denunciar el presente Acuerdo mediante notificación por escrito al Depositario en cualquier momento después de que hayan transcurrido tres años a partir de la fecha de entrada en vigor del Acuerdo para esa Parte.

2. La denuncia surtirá efecto al cabo de un año contado desde la fecha en que el Depositario haya recibido la notificación correspondiente o, posteriormente, en la fecha que se indique en la notificación.

3. Se considerará que la Parte que denuncia la Convención denuncia asimismo el presente Acuerdo.

Artículo 29

El original del presente Acuerdo, cuyos textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso son igualmente auténticos, se depositará en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

HECHO en París el día doce de diciembre de dos mil quince.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL los infrascritos, debidamente autorizados a esos efectos, han firmado el presente Acuerdo.

SEÑOR PRESIDENTE.- En discusión general.

Tiene la palabra la miembro informante, señora senadora Xavier.

SEÑORA XAVIER.- Señor presidente: al llamado Acuerdo de París, el parlamento uruguayo deberá darle un trámite urgente o urgentísimo. Motiva tal circunstancia que este importante instrumento internacional, que obviamente genera muy amplios consensos, ha tenido una ratificación extraordinaria en cuanto a su rapidez, como ningún otro a nivel internacional. A tal punto fue así, que el mismo día en que se abrió a la firma, el 22 de abril del presente año, lo firmaron 177 países. Esa cantidad en el primer día de apertura muestra que este instrumento ha batido un récord en materia de firmas.

El Acuerdo de París entra en vigencia luego de 30 días de que al menos 55 países lo hayan ratificado y, a su vez, de que esas naciones ratificantes representen, al menos, el 55 % de las emisiones de gases con efecto invernadero globales. Estas cifras ya están superadas. Solo cinco meses después de abierto a la firma ya lo han ratificado 61 países, que representan el 51,89 % de las emisiones de gases con efecto invernadero globales. A diferencia de lo ocurrido en otros tiempos con instrumentos que tienen que ver con el medioambiente, en este caso están incluidos la República Popular China y Estados Unidos, y de la región, Argentina y Brasil, entre otros.

Incluso, dada esta velocidad sin precedentes, la Unión Europea anunció que a la reunión de ministros de ambiente, convocada de urgencia, enviará un mensaje de ratificación del Parlamento Europeo –lo cual incrementa la cifra que antes dijimos a 72–, aun cuando las naciones componentes no han concluido el procedimiento de ratificación parlamentaria.

Realmente, todas estas cosas hacen pensar que finalmente hemos madurado en la concepción de tener instrumentos que nos ayuden a prevenir y mitigar los embates del cambio climático, adaptando nuestras economías, las infraestructuras y el territorio en tal sentido.

¿Por qué es muy importante que Uruguay ratifique este acuerdo y el próximo 19 esté presente en la reunión convocada? Porque en esa reunión se determinará el funcionamiento del Acuerdo de París: las condiciones jurídicas para la toma de decisiones, la implementación, e incluso las medidas en materia de métrica de equivalencia entre el metano y el dióxido de carbono, lo que sin duda afecta sustantivamente a nuestro país, dada nuestra importante economía ganadera. Todo ello hace imprescindible que Uruguay esté allí. De lo contrario, llegaría con decisiones en las que no ha podido intervenir.

El año pasado fue muy significativa la presencia de Uruguay en la reunión de la COP en París. Nuestro país fue muy insistente, no solo en que se ratificaran los instrumentos, sino además en que se aplicaran criterios que tienen que ver con la responsabilidad de los Estados, una responsabilidad que es compartida pero diferenciada, porque hay una enorme distancia entre lo que puede ocurrir con las economías mayores del mundo y lo que sucede con las economías de países en desarrollo.

Cuando el país ratifique el Acuerdo de París deberá presentar su primera contribución nacional, que incluye los compromisos de mitigación y adaptación para períodos de cinco años; en caso de que no lo haga, quedará por defecto ese aporte, lo que, sin duda, no nos beneficiaría.

Lo que deseamos, pues, es poder dar cuenta en el día de hoy de esta ratificación –que, descontamos, el Cuerpo aprobará–, porque está prevista una reunión multipartidaria de la Comisión de Vivienda, Territorio y Medio Ambiente de la Cámara de Representantes y su incorporación a la primera sesión plenaria del Cuerpo, que sería la del día de hoy en la tarde. Esto incluiría al país en el grupo de naciones que pueden tomar decisiones sobre el gobierno de este importante acuerdo.

Por estos motivos es que estamos solicitando al Cuerpo su voto favorable a este instrumento.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar en general el proyecto de ley.

(Se vota).

–25 en 25. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

En discusión particular.

Léase el artículo único del proyecto de ley.

(Se lee).

SEÑOR SECRETARIO (José Pedro Montero).- «Artículo único.- Apruébase el Acuerdo de París, adoptado el 12 de diciembre de 2015 en París, República Francesa y suscrito por la República en Nueva York, Estados Unidos de América, el 22 de abril de 2016».

SEÑOR PRESIDENTE.- En consideración.

SEÑORA XAVIER.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora senadora.

SEÑORA XAVIER.- Simplemente quiero decir que hay una pequeña diferencia entre el artículo original y el que acaba de leer la secretaría, que es el que corresponde votar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–25 en 25. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Queda aprobado el proyecto de ley, que se comunicará a la Cámara de Representantes.

(No se publica el texto del proyecto de ley aprobado, por ser igual al considerado).

9) LLAMADO A SALA AL SEÑOR MINISTRO DE DEFENSA NACIONAL, DOCTOR JORGE MENÉNDEZ

SEÑOR DELGADO.- Pido la palabra para una cuestión de orden.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR DELGADO.- Señor presidente: tal como lo acordamos con los coordinadores, en función de un anuncio que se hizo en la sesión pasada hemos presentado a la Mesa una moción para llamar a sala al ministro de Defensa Nacional, en régimen de comisión general. La idea es que esta moción no tenga discusión, porque está acordada.

SEÑOR PRESIDENTE.- Léase la moción presentada.

(Se lee).

SEÑOR SECRETARIO (José Pedro Montero).- «Mocionamos para que el Senado de la república se reúna en régimen de comisión general para recibir al señor ministro de Defensa Nacional a fin de considerar la situación de las Fuerzas Armadas, su personal y los desafíos que el país enfrenta en la materia». *(Firman los señores senadores García, Camy, Besozzi, Larrañaga, Bordaberry, Mieres, Delgado, Cardoso y Lacalle Pou).*

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar la moción presentada.

(Se vota).

–26 en 26. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

10) ACTIVIDADES DE ESPIONAJE MILITAR EN DEMOCRACIA

SEÑOR MIERES.- Pido la palabra para una cuestión de orden.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR MIERES.- Señor presidente: voy a pedir autorización al Cuerpo para plantear una cuestión política, vinculada con un hecho notorio que ha sido de conocimiento público desde hace ya varias semanas y del que nos parece que el Parlamento debe dar cuenta y, eventualmente, asumir lo que le corresponda. Me estoy refiriendo a la información que demuestra la existencia de actividades de espionaje militar en democracia.

Solicitamos autorización al Cuerpo para plantear esta cuestión política, porque nos parece que es de orden.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar si este asunto se considera prioritario por el Cuerpo. En caso de que la votación sea afirmativa, pasaremos a considerarlo de inmediato.

(Se vota).

–23 en 26. **Afirmativa.**

SEÑOR DELGADO.- Pido la palabra para fundar el voto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR DELGADO.- Obviamente, acompañamos el planteo político anunciado por el señor senador Mieres, pero por esta vía queremos dejar constancia de que posteriormente trataremos el proyecto de ley de salud mental, para que pueda ser aprobado en el día de hoy.

SEÑOR BORDABERRY.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR BORDABERRY.- Solicito a la Mesa que informe cuál será la forma de debate de este planteamiento.

SEÑOR PRESIDENTE.- El Reglamento establece que una vez que el Cuerpo vota considerar el tema, el señor senador que lo plantea tiene 15 minutos para exponerlo, y luego los demás senadores disponen del mismo tiempo para participar.

Tiene la palabra el señor senador Mieres.

SEÑOR MIERES.- Señor presidente: la aparición del archivo del coronel Elmar Castiglioni puso al descubierto una situación de enorme gravedad, y es que existió actividad de espionaje en democracia, que fue realizada desde el Estado por parte del Ministerio de Defensa Nacional.

No conocemos el archivo que está en sede penal porque se está investigando si existe información para avanzar en el esclarecimiento del destino de los ciudadanos desaparecidos.

El 2 de octubre de 2015 el Juzgado Penal de 7.º Turno allanó el domicilio del recientemente fallecido coronel Castiglioni e incautó lo que ahora equivaldría a 65 cajas de documentos que provienen del Ministerio de Defensa Nacional. Eso es, al menos, lo que ha circulado públicamente.

Quienes han accedido al material dicen que, ya sean copias o directamente originales sustraídos de ese ministerio, lo cierto es que se trata de documentación auténtica del Ministerio de Defensa Nacional. El hallazgo puso de manifiesto algo que va mucho más allá de la información sobre el destino de los desaparecidos: puso de manifiesto que desde el Ministerio de Defensa Nacional se mantuvo un aparato de espionaje que continuó operando en democracia, incluyendo entre sus objetivos a los partidos políticos, a los gobernantes y a las organizaciones sociales.

Según el semanario *Brecha*, que ha tenido acceso a su contenido, el espionaje se habría extendido, al menos, hasta el año 2009. Los documentos son, de acuerdo con la versión de *Brecha,* fotocopias de originales producidos en reparticiones de inteligencia militar, documentos oficiales que están archivados y refieren a seguimientos de personas, captación de informantes e infiltración en partidos y organizaciones sociales. ¡Es un enorme escándalo para nuestra democracia!

De acuerdo con las versiones de *Brecha*, publicadas en diferentes ediciones desde el 2 de setiembre a la fecha, el denominado «Archivo Castiglioni» documenta acciones de espionajes a partidos, gobernantes, jueces y políticos. Según esta información fueron objeto de espionaje: Líber Seregni, Tabaré Vázquez, Carlos Julio Pereyra, Germán Araújo, Julio María Sanguinetti, Eladio Moll, Pedro Montañez, Gustavo Penadés, Azucena Berrutti, Mirtha Guianze, Emilio Castro, Rafael Michelini, Macarena Gelman, Jorge Setelich, Jorge Vázquez, Leonardo Costa, Jorge Batlle, Alberto Reyes y Rolando Gomero, entre otros.

Además, se habla de un gran número de informantes e infiltrados en organizaciones políticas y sociales, que se vinculaban con el servicio de inteligencia a través de enlaces militares. Los documentos hablan de pagos a los informantes, con montos precisos y usando recursos del Estado. También se habla de la continuidad de la forma de trabajo de los servicios de inteligencia militar después de recuperada la democracia como si fuera normal y lícito.

De la información periodística –que, a su vez, registra los documentos incautados– surge que estas personas se infiltraban en ámbitos tales como el directorio del Partido Nacional, reuniones del Frente Amplio, del MLN, del Partido por la Victoria del Pueblo, del Partido Comunista y del Partido Colorado, además de que hubo escuchas en locales de Sutel y el Untmra. Se habla de espionaje a la Corte Electoral en la época de la recolección de firmas contra la ley de caducidad; se registra con detalle el espionaje al Partido Nacional durante todo el período referido a la ley de caducidad y posterior proceso de junta de firmas. Se hizo un seguimiento de la actuación de la Comisión para la Paz, creada por el doctor Jorge Batlle en el año 2000, y también de las gestiones referidas a la búsqueda de rastros sobre la posible Operación Zanahoria. Pero las actuaciones llegan hasta el primer Gobierno del Frente Amplio e incluyen el seguimiento de la actual diputada Macarena Gelman.

También se registran operativos militares a partir de las informaciones obtenidas, incluyendo vigilancias e inspecciones truchas para ingresar a viviendas haciéndose pasar por funcionarios de OSE.

La doctora Azucena Berrutti –que impulsó con decisión la búsqueda de información sobre los trabajos de inteligencia militar– dijo que ella pensaba que esos archivos referían a la época de la Dictadura, pero le resultaba absolutamente inexplicable que se registraran en democracia, como efectivamente ocurrió: en democracia.

Nuestro propósito era solicitar la creación de una comisión investigadora en esta cámara, pero aparentemente la bancada del Frente Amplio resolvió hacerlo en la Cámara de Representantes, tal como lo comunicó en la coordinación la semana pasada. Esto nos alegra, porque nos parece absolutamente indispensable para la salud de la democracia. Desde ya queremos decir que el Partido Independiente apoya calurosamente esta iniciativa, que es esencial para defender el funcionamiento democrático.

En estos días mucho se ha hablado de la estabilidad institucional, y si hay algo que realmente la está afectando es la ocurrencia de estos hechos, de estos episodios que son afectaciones institucionales en serio.

Esa comisión parlamentaria deberá tener acceso a toda la documentación y confirmar lo que indican las versiones de prensa y los informes de los peritos encargados de esto. Además, deberá convocar a los ministros y jerarcas de los diferentes Gobiernos de las épocas en que se constataron estas actuaciones inconstitucionales e ilegales. Se deberá determinar, asimismo, quiénes fueron los responsables de mantener en funcionamiento este aparato de espionaje y quiénes tuvieron a su cargo la instrumentación de esos procedimientos.

El semanario *Brecha* había advertido la existencia de este archivo desde fines del 2014, pero recién en octubre de 2015 se hizo la denuncia ante la Justicia, una vez que el coronel Castiglioni falleció. La comisión investigadora también deberá investigar por qué se demoró un año en hacer la denuncia judicial, cuando se sabía de la existencia del archivo. ¿Por qué se esperó a que falleciera el coronel Castiglioni para hacer la denuncia penal?

Otra de las cuestiones que deberá dilucidar la comisión investigadora parlamentaria es la vinculación de este archivo con el que se encontró en 2006, cuando la doctora Azucena Berrutti era ministra de Defensa Nacional. También se deberá establecer por qué, de aquel archivo que se digitalizó en 51 CD, han desaparecido 16 del juego de copias que está depositado en Presidencia de la República, como resultado de un manejo inapropiado del acceso a dicho material. ¿Quiénes han sido los responsables del desguace de aquel conjunto de documentos? ¿Dónde están los CD que faltan?

Finalmente, y ya con fines legislativos, el Parlamento también deberá discutir, de una vez por todas, si el sistema democrático uruguayo creará una estructura orgánica de los servicios de inteligencia del Estado que dé tranquilidad a todos los uruguayos respecto del manejo de la información que existe sobre cada ciudadano y las correspondientes organizaciones sociales y políticas.

Los esfuerzos para la aprobación de una norma que regule la organización y estructura de los servicios de información e inteligencia del Estado siguen en el debe. Por la Ley n.º 17930 se creó el cargo de coordinador de los servicios de inteligencia del Estado; en 2010, el entonces presidente José Mujica la reglamentó y nombró al señor Augusto Gregori en ese rol. Sin embargo, Gregori renunció tres años después, y si bien no conozco las razones, lo que sí se sabe es que desde entonces no se ha nombrado un nuevo titular para esa función.

En 2011 se creó en el Parlamento una comisión con el objetivo de discutir y aprobar una ley que regulara el sistema nacional de inteligencia, pero el estudio nunca culminó y la norma no fue aprobada. Nuestro país, a diferencia de la gran mayoría de los países democráticos, no estableció un marco legal regulatorio de las actividades de inteligencia y, por lo tanto, no ha resuelto ese difícil equilibrio entre seguridad y libertad, no ha discutido la compatibilidad entre las operaciones de inteligencia y la vida democrática y no ha resuelto cómo se garantiza el control sobre las actividades de inteligencia ni cuál es el papel de los diferentes poderes públicos respecto a este tema.

En cualquier caso, la normativa constitucional vigente es muy clara: están prohibidas las pesquisas secretas. Toda actividad de espionaje sobre cualquier ciudadano requiere de autorización judicial previa. Por lo tanto, lo que se encontró en el denominado «Archivo Castiglioni» es prueba de evidentes violaciones normativas. Por tanto, la comisión investigadora parlamentaria deberá establecer las responsabilidades directas de los funcionarios y de los jerarcas que actuaron violando la Constitución y las leyes, para poder hacer la denuncia penal correspondiente con el fin de que sean castigados de acuerdo con la normativa vigente.

No alcanza con que el Poder Judicial tenga documentación relativa a la denuncia de un caso de desaparición forzada; se necesita investigar el hecho de que esa documentación exista. Y hay 65 cajas con documentos en los que se prueba que, efectivamente, se investigó a un pueblo entero estando en democracia, y se lo hizo desde el aparato del Estado, desde el Ministerio de Defensa Nacional. No alcanza con que haya una investigación sobre si esos documentos tienen relación o no con los desaparecidos –cosa que, por cierto, es muy relevante–, sino que también debe investigarse el propio hecho de que esto haya ocurrido y que, quizás, hasta continúe sucediendo.

Esto es muy grave porque hace a la esencia del funcionamiento democrático; tiene que ver con el control efectivo que el poder político debe tener sobre el aparato estatal para evitar que se metan en la vida y en las actuaciones políticas o privadas de los ciudadanos, sean estos dirigentes sociales, políticos o gobernantes. Reitero que es muy grave y no puede dejarse pasar, simplemente, como una publicación que ha hecho el semanario *Brecha* en estos días. Esto tiene que llevar a que el Parlamento tome cartas en el asunto; y si la bancada de diputados del Frente Amplio no lo hace, nosotros vamos a presentar una iniciativa para propiciar una investigación parlamentaria que consideramos ineludible.

SEÑOR HEBER.- ¡Apoyado!

SEÑOR MIERES.- Vamos a esperar, pero si el anuncio no se concreta, vamos a hacer un planteo para que se instale una comisión preinvestigadora en el Senado, para luego ir al fondo de cuestiones que le hacen un daño profundo a la democracia.

Hace semanas que venimos escuchando aquí debates sobre la eventual afectación institucional por gestiones de gobierno, así como discusiones políticas sobre otros asuntos –que cada uno tiene todo el derecho de plantear–, pero lo que realmente afecta y pone en riesgo la estabilidad institucional es que en plena democracia existan aparatos militares espiando a los ciudadanos, a los gobernantes y a los dirigentes políticos, sociales y sindicales.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Antes de comenzar con la discusión de este asunto quiero aclarar que la Mesa cometió un error al referirse a los tiempos. El artículo 69 del Reglamento del Senado establece que una vez votado el planteamiento se ingresará a considerar el fondo de la cuestión, no pudiendo intervenir cada orador por más de una vez, ni por más de cinco minutos.

SEÑOR MICHELINI.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR MICHELINI.- Señor presidente: el Frente Amplio es absolutamente consciente de la gravedad de

la documentación que se ha encontrado. Somos conscientes de que se ha espiado, se ha recabado información sobre instituciones políticas y sociales y se ha seguido, con un fin político, a figuras de todos los partidos políticos. También somos conscientes de que la finalidad de todo esto no era democrática y que quien lo hacía era un nostálgico de los tiempos de Dictadura. Por tanto, debe haber una clara respuesta institucional y política de parte de cada uno de los partidos políticos, para que no haya equívocos sobre los valores y el amor a la libertad de nuestro pueblo.

En ese sentido, señor presidente, considero que este no es un tema de un partido o de otro, no es un tema del Frente Amplio, del Partido Nacional, del Partido Colorado o del Partido Independiente; es de todos los partidos políticos del Uruguay. Nuestra bancada está analizando qué medidas se van a adoptar en la Cámara de Representantes; ahí pusimos el ojo del debate. Será en discusión con los otros partidos que encontraremos cuál es el mecanismo más efectivo donde, naturalmente, la investigación de los hechos va a ser un elemento prioritario.

El Poder Ejecutivo también está haciendo cosas, no está de manos cruzadas en este tema. También lo está haciendo el Poder Judicial. En las próximas horas, en los próximos días tendremos recabada la información de lo que va a hacer la Cámara de Representantes –vuelvo a decir: no el Frente Amplio, sino la Cámara de Representantes– en este tema y veremos cuáles son las medidas a adoptar. No ha pasado inadvertido, estamos atentos, estamos alertas.

Lo que más nos preocupa, señor presidente, no es que se haya espiado, no es que haya que investigar sobre si con esto se logra mayor verdad sobre el tema de los desaparecidos, de los homicidios o de las violaciones de los derechos humanos en la Dictadura. Y el tema de por qué, cómo y con qué recursos del Estado –apropiándose de ellos– se hizo esto no es tan importante –aunque, por supuesto, es importante– como saber si hay otros que están haciendo esto. Lo más importante no es lo que ocurrió, sino si hay mecanismos, formas, protocolos, datos que permitan recabar información para saber si esto tiene interacción con otros que puedan estar haciendo lo mismo, para actuar con todo el peso de la ley.

Es cuanto quería manifestar.

SEÑOR HEBER.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra.

SEÑOR HEBER.- Señor presidente: simplemente quiero unirme a las preocupaciones del señor senador Mieres porque me parece de total recibo el planteo. Cuando salió la noticia de que el Frente Amplio quería nombrar una comisión investigadora, la prensa nos consultó y no tuvimos dos opiniones; dijimos: «¡Sí, claro!».

Ahora bien, esto de estar esperando a que un partido político, con legítimo derecho, esté pensando en qué es lo que va a hacer no me parece de recibo. Creo que se tiene que actuar cuanto antes. Si es en la Cámara de Representantes, que así sea, y si no, que se haga en el Senado, como lo planteó el señor senador Mieres. De todas las discusiones que damos diciendo que hay riesgos, actitudes antidemocráticas, que se está socavando la institucionalidad del país, me parece que este tema y este punto es la esencia; todo lo demás es un recurso que ya está desgastado en la sociedad. Pero en este caso no nos duelen prendas que haya células militares o retirados militares –nadie sabe en qué condición y de qué forma– investigando y siguiendo a los partidos políticos, pero queremos saber si hay un seguimiento de este tipo al sistema democrático. ¡Me parece que esto es urgente, no es un tema para analizar mucho más! ¡Yo no tengo nada que analizar! Si el señor senador Mieres presenta ahora la moción, yo la estoy votando ya. No tengo que analizarlo y creo que ni siquiera tengo que hablar con los compañeros porque estamos todos de acuerdo en que queremos tener garantías para saber si hay aparatos del Estado que estén investigando o dando seguimiento secreto a la actividad de los partidos políticos en el Uruguay. No importa quién sea; importa que haya alguien procediendo en ese sentido.

Me preocupa la noticia –que no conocía con la dimensión y contundencia que señala el señor senador Mieres– de que, de ese material que está digitalizado, desaparecieron dieciséis archivos.

SEÑOR MIERES.- ¿Me permite una interrupción, señor senador?

SEÑOR HEBER.- No sé si puedo conceder interrupciones, señor presidente.

Me pareció entender que se dijo que eran dieciséis archivos que desaparecieron de Presidencia de la República. ¡¿Cómo puede ser?! ¿Y del juzgado también? ¿Entonces esa gente sigue operando? ¿Quién pudo haber sacado de un día para el otro una información que estaba en poder de Presidencia de la República sobre el seguimiento que se hizo a organizaciones sociales y políticas? Reitero: de un día para el otro desaparece de Presidencia de la República. Me parece que esa novedad, esa información tan contundente –que yo desconocía– hace que el Parlamento deba actuar ya.

Era cuanto tenía para decir y, por supuesto, apoyamos el planteo del señor senador Mieres.

SEÑOR PRESIDENTE.- Señor senador: aún le quedan dos minutos de su tiempo. Si lo desea, puede conceder una interrupción porque está dentro de su tiempo.

SEÑOR HEBER.- Cómo no; concedo entonces la interrupción que me solicitó el señor senador Mieres.

SEÑOR MIERES.- Muchas gracias.

Señor presidente: quiero aclarar que hay dos tipos de archivos. Están los archivos que aparecieron en 2006 a partir de la gestión que hizo la entonces ministra Azucena Berrutti, que se digitalizaron y se convirtieron en cincuenta y un CD. Se mandó un juego al Archivo General de la Nación, otro a Presidencia de la República y otro al Ministerio de Defensa Nacional. En el caso de Presidencia de la República –tengo versión periodística, pero además tengo confirmación de fuentes–, cuando se quiso recuperar la unidad del archivo porque estaba desperdigado en distintas reparticiones y oficinas, no se logró porque había solo treinta y seis CD; faltaban quince. A eso nos referíamos, que –obviamente– es de una gran gravedad institucional. Eso salió publicado en *Brecha* y hay fuentes que lo corroboran.

Muchas gracias, señor presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Puede continuar el señor senador Heber.

SEÑOR HEBER.- Terminé, señor presidente.

SEÑOR GARCÍA.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR GARCÍA.- Señor presidente: el planteo es serio y relevante y tiene una conclusión que, a esta altura, por lo menos en lo personal, no nos deja dudas. Nadie puede garantizar que al día de hoy estas cosas no sigan pasando. Creo que en eso tenemos una responsabilidad los partidos políticos y el sistema político en general.

Las democracias modernas abordan estos temas con suma dedicación y el control de los servicios de inteligencia siempre es parlamentario. En el Uruguay hay servicios de inteligencia en el Ministerio de Defensa Nacional, en el Ministerio del Interior, en la Cancillería y en el Banco Central del Uruguay, obviamente que de diferente índole. A su vez, en el caso del Ministerio de Defensa Nacional cada fuerza y cada unidad tienen su servicio de inteligencia.

Como decía, señor presidente, las democracias modernas controlan estas cosas parlamentariamente. Acá hay un debe. Nosotros, en una comisión bicameral, estuvimos discutiendo tres años una ley de inteligencia. Esa comisión llegó a una conclusión mayoritaria, en acuerdo de todos los partidos políticos, y con diferencias en algunos artículos. Si mal no recuerdo, la comisión terminó de trabajar en el año 2014. Creo que es absolutamente imprescindible que el Poder Ejecutivo remita un proyecto de ley, por lo menos con las consideraciones generales y las particulares, para debatirlo aquí.

Lo segundo es que, de confirmarse todo esto, resulta grave –y eso habla de la falta de control que hay hoy sobre este tema– que se utilice plata del presupuesto nacional para financiar esto. Es decir, para financiar actividades ilegales se utiliza plata del presupuesto nacional que votamos aquí. El presupuesto de informantes se hace con presupuesto. Es decir que nosotros levantamos la mano y terminamos financiando servicios de inteligencia que están sin control. Reitero: hoy nadie puede garantizar que no se haga inteligencia de tipo político, sindical, del que quieran, financiada con el presupuesto del Estado.

Advertí públicamente –incluso, me genera mucha preocupación– sobre el funcionamiento del llamado sistema Guardián, que tiene un poder muy importante para introducirse en la vida de las personas y limitar derechos fundamentales –como la libertad de expresión y del pensamiento–, interferir teléfonos, correos electrónicos, redes sociales y sobre que no hay un control parlamentario ni del sistema judicial en forma estricta. Se había prometido que iba a haber un sistema informático que controlaría en paralelo, que iba a hacer la trazabilidad de la solicitud de espionaje y de escuchas telefónicas, pero hasta el día de hoy –según la información confirmada de que dispongo– no está funcionando. Quiere decir que hoy hay un sistema, muy potente, de espionaje telefónico que no tiene el seguimiento adecuado de las nuevas tecnologías que debería tener por parte del Poder Judicial. ¡Se controla a legajo puro, a expediente! Es como perseguir una Ferrari caminando al lado.

Por otro lado, no es verdad que los sistemas de inteligencia no pueden ser controlados parlamentariamente porque no existe confidencialidad. La Comisión Especial de Seguridad Pública y Convivencia de este Cuerpo –que integran todos los partidos políticos– recibió el año pasado información muy sensible –¡muy sensible!–, del Ministerio del Interior, sobre algunos temas. Sin embargo, nunca salió una letra –no una línea– de la información que se recibió –reitero, sobre temas sensibles– en esa comisión donde estamos representados todos los partidos políticos. Eso habla a las claras de que, cuando se quiere, se puede tener información de altísima sensibilidad y manejarla con muchísima responsabilidad, sobre todo cuando está en juego la seguridad del Estado.

Así que, señor presidente, creo que esta es una buena oportunidad para reclamar que, de una vez por todas, el sistema político, el Poder Ejecutivo, remita un proyecto de ley que permita al Uruguay, a los uruguayos, tener garantías y control sobre sistemas de inteligencia financiados por el Estado, que hoy funcionan –sin que nadie pueda garantizar cómo lo hagan– espiando partidos políticos, organizaciones sindicales, sociales y empresariales, o la que a cada uno se le pueda ocurrir, en forma ilegal y cometiendo un delito.

Gracias, señor presidente.

SEÑOR AMORÍN.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR AMORÍN.- Señor presidente: creo que fue importante el planteo del señor senador Mieres y es un asunto que tenemos que discutir. Es más, me parece esencial debatir estos temas y sobre todo lo que pasó porque es notorio que se ha violado la Constitución, es notorio que organismos de inteligencia del Estado han hecho cosas para las cuales no estaban habilitados. Es más: ¡la Constitución se los prohibía! Eso es especialmente grave.

Sin embargo, creo que tenemos que pensar –sobre todo, de aquí en adelante– en qué vamos a hacer, cómo vamos a hacer para encontrar ese equilibrio entre seguridad y libertad, entre seguridad y respeto por la intimidad de las personas. Ese es un tema clave en el Uruguay y en el mundo porque, en la medida en que avanzan las innovaciones tecnológicas, todo el país está más expuesto a esto y entonces tenemos que pensar qué vamos a hacer.

En el período pasado, en la Cámara de Representantes, el entonces diputado Amy presentó un proyecto de ley que tenía que ver con lo que decía el señor senador García, con que estos organismos de inteligencia del Estado tuvieran control parlamentario, por supuesto que con las condiciones de confidencialidad necesarias, pero es evidente que quien tiene que controlar estos temas es el Parlamento. En los países democráticos el Parlamento controla los organismos de inteligencia del Estado. ¡Es evidente que tenemos que trabajar en eso! ¡No podemos seguir mirando para otro lado! Estas cosas hacen a la esencia del Uruguay.

Nosotros, que siempre hemos defendido la libertad –personalmente soy un liberal en el sentido del amor por la libertad–, consideramos que esto nos afecta como nación, afecta lo que somos, afecta nuestra identidad. Me parece que es lamentable no poder tener una conversación telefónica porque tenemos miedo o preocupación de que nos estén grabando. Creo que debemos tener mucho cuidado con el sistema Guardián, porque son instrumentos poderosos, potentes, que bien utilizados pueden ser muy útiles, pero la Justicia tiene que estar detrás de eso. Hoy no tenemos certezas de que eso ocurra. ¡El Parlamento tiene que estar en estos temas!

Por lo tanto, señor presidente, es importante saber qué ocurrió porque esto sucedió en todos los gobiernos democráticos, ¡en todos! Los aparatos de inteligencia seguramente se separaron del control político y caminaron por una vía independiente sin conocimiento del sector político. Seguramente, eso fue lo que ocurrió. Ahora, lo que importa es lo que viene. ¿Qué queremos hacer con esa formidable transformación tecnológica que se mete cada vez más en nuestras casas? ¿Cómo vamos a hacer para defender la libertad y el derecho a la intimidad, que son derechos fundamentales –por supuesto– reconocidos en la Constitución? ¡Ese es el debe!

Felicito al señor senador Mieres y creo que tenemos que trabajar en lo que viene, en este Senado y en la Cámara de Representantes. Me parece que el señor senador Mieres ha puesto en el tapete un tema que es esencial y que, desde mi punto de vista, tiene que ver con lo más importante que tenemos los seres humanos: la libertad.

Muchas gracias.

SEÑOR LARRAÑAGA.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR LARRAÑAGA.- Señor presidente: creo que este planteo es realmente grave; traslada una gravedad manifiesta y tiene una relevancia superlativa en democracia.

Es inadmisible que, en tiempos de democracia, se acepte que aparatos de inteligencia desbocados anden espiando a los uruguayos.

Es totalmente inaudito que en el Estado se pierdan documentos de esta significación. ¡Es increíble! ¡Totalmente increíble! Se trata de documentos recopilados al amparo de lo que fueron los hallazgos durante la gestión de la ministra Azucena Berrutti, cuyas copias estaban en dependencia públicas y se perdieron. ¿Qué contenían esos CD que, precisamente, podrían tener declaraciones absolutamente relevantes?

Me parece –lo digo con sinceridad– que esto no puede esperar mucho. Está bien lo que ha sostenido el señor senador Mieres, pero me parece que esto no puede ir más allá de la semana que viene. Hay que crear, urgentemente, una comisión investigadora y terminar en la justicia penal. ¡Está en la justicia penal por otra razón, no por esto, por lo que se perdió! ¡No entremos a hacer cortina de humo ni a hablar de asuntos que no son! ¡Está en la Justicia por un tema vital, gravitante y fundamental, pero no está por esto: por escuchar a la gente, a los dirigentes políticos y por violar la intimidad y la Constitución! ¡No es risa esto! ¡Esto no es risa! ¡Ya pasamos por esto! ¡Esto es desestabilización! Ahora bien, que tengamos los problemas que tenemos, que tengamos dificultades en situaciones en que muchas veces ganan la partida los delincuentes, y encima que se pierdan documentos de esta importancia y relevancia, nos parece verdaderamente insólito. ¡Insólito!

Por lo tanto, adherimos totalmente al planteo del señor senador Mieres. Cuando él tome la iniciativa procesal, en función de lo que suceda a nivel de la Cámara de Representantes, personalmente le voy a pedir la urgencia del caso porque este es un tema que no amerita demoras y, además, debe ser motivo de una investigación judicial.

Esto no puede quedar en un «No pasa nada» o «Se perdió y ya está. Está todo bien». ¡Se perdió! ¡Se perdió! ¿Cómo es posible que habiendo tres copias haya ocurrido eso?

SEÑOR MIERES.- Se perdió un juego.

SEÑOR LARRAÑAGA.- No se perdió en todos lados, así que hay un respaldo. Más a mi favor, entonces. Esto debe investigarse y trasladarse a la Justicia porque no se puede aceptar desde ningún punto de vista que estas cosas sucedan.

(Suena el timbre indicador de tiempo).

–La semana pasada hablamos de un coronel retirado que hizo declaraciones que todos terminamos rechazando; hoy nos referimos a un tema que es miles de veces más trascendente e importante.

Muchas gracias.

SEÑOR OTHEGUY.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR OTHEGUY.- Señor presidente: en primer lugar, compartimos la gravedad y la seriedad del asunto sobre el que estamos debatiendo, aunque es necesario precisarlo porque, de lo contrario, terminaremos discutiendo sobre un conjunto de cosas que no están vinculadas esencialmente a lo que se proponía discutir.

En segundo término, esto atraviesa todo el período democrático, desde 1985 hasta hace poco, aunque tal vez sigue sucediendo. Según el tono de algunos discursos, daría la impresión de que este es un problema de un Gobierno; sin embargo, es el problema de todos los Gobiernos desde 1985 hasta el presente. Creo que esta precisión debe ser hecha con contundencia. Este no es un problema de un partido político ni de un Gobierno.

En tercer lugar, debo señalar que estos procesos no se generan solos, no se dan por generación espontánea. Sería conveniente discutir por qué esto siguió sucediendo en el Uruguay y eso probablemente nos lleve a debatir sobre cómo fue la transición democrática y si algunas decisiones políticas contribuyeron o no a darle continuidad, dentro de la fuerza represiva del Estado, a una concepción que siempre cuestionamos, que era que el enemigo estaba adentro. Y eso permaneció a lo largo del tiempo, en democracia.

Durante muchos años en el Uruguay discutimos si teníamos una democracia tutelada y si la Ley de Caducidad de la Pretensión Punitiva del Estado amparaba o no este tipo de prácticas dentro de la fuerza represiva del Estado. Seguramente volveremos a discutir estos temas porque, como digo, estas cosas no se generan solas, por generación espontánea. Dentro de estas realidades hay concepciones, que lamentablemente permanecen dentro de la fuerza represiva del Estado, que siguen sosteniendo que el enemigo está dentro de la nación. Esto hay que erradicarlo.

Tal como ha sido planteado por algunos señores senadores, compartimos que esta discusión tiene mucho que ver con el futuro; me refiero a qué tipo de instituciones queremos para la democracia del país –aquellas que velen por la seguridad– y, sin duda, cuáles tienen que ser los controles democráticos, irrenunciables para ese tipo de estructura represiva del Estado.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- No hay más oradores inscritos para referirse al tema. El punto ha sido planteado y todas las fuerzas políticas se han expresado.

11) SALUD MENTAL

SEÑOR PRESIDENTE.- Se pasa a considerar el asunto que figura en segundo término del orden del día: «Proyecto de ley por el que se establecen normas relacionadas con la salud mental desde una perspectiva de derechos humanos en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. (Carp. n.º 426/2015- rep. n.º 354/2016 - rep. n.º 354/2016 anexo I)».

(Antecedentes).

Carp. n.° 426/2015 - rep. n.° 354/2016

CÁMARA DE SENADORES

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

PROYECTO DE LEY

Salud Mental desde una perspectiva de derechos humanos en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º. (Objeto).- La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2º. (Definición).- A los efectos de la presente ley, se entiende por salud mental un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos.

La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental.

Se define el trastorno mental como la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación social o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberán incluirse en la noción de trastorno.

Artículo 3º. (Principios rectores).- Son principios rectores de la protección de la salud mental, concebida como inseparable de la protección integral de la salud:

a) Reconocer a la persona de manera integral, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales como constituyentes y determinantes de su unidad singular.

b) La dignidad humana y los principios de derechos humanos constituyen el marco de referencia primordial de todas las medidas de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de cualquier otra índole y en todos los ámbitos de aplicación que guarden relación con la salud mental.
c) La promoción, con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
d) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios.
e) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
f) La calidad integral del proceso asistencial con enfoque interdisciplinario, que de acuerdo a normas técnicas y protocolos de atención, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud.
g) El logro de las mejores condiciones posibles para la preservación, mejoramiento e inserción social de la persona.
h) Debe considerarse que el estado de la persona con trastorno mental es modificable.
i) La posibilidad de autodeterminarse y la ausencia de riesgo para la persona y para terceros.
j) La vinculación de la salud mental al efectivo ejercicio de los derechos al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la cultura y a un medio ambiente saludable.
k) Los demás principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, determinados en los artículos 3º y 4º de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, que sean aplicables.

Artículo 4º. (Principio de no discriminación).- No se presumirá trastorno mental sin base en un diagnóstico profesional aceptado por la comunidad científica y nunca en consideración exclusiva a:

a) Estatus político, socio-económico o pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.
b) Solicitudes familiares o laborales.
c) Falta de conformidad o adecuación con los valores prevalentes en la comunidad en que vive la persona.
d) Orientación sexual o identidad de género.
e) Mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

Artículo 5º. (Consumo problemático de sustancias psicoactivas).- El consumo problemático de sustancias psicoactivas será abordado en el marco de las políticas de salud mental.

CAPÍTULO II

DERECHOS

Artículo 6°. (Derechos).- La persona con trastorno mental tiene derecho a:

a) Ser tratada con el respeto debido a la dignidad de todo ser humano.
b) Ser percibida y atendida desde su singularidad, con respeto a su diversidad de valores, orientación sexual, cultura, ideología y religión.
c) Ser reconocida siempre 'como sujeto de derecho, con pleno respeto a su vida privada y libertad de decisión sobre la misma y su salud.
d) Recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.
e) Ser tratada con la alternativa terapéutica indicada para su situación que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.
f) Recibir información completa y comprensible inherente a su situación, a los derechos que la asisten y a los procedimientos terapéuticos incluyendo, en su caso, alternativas para su atención.
g) Tomar, por sí o con la participación de familiares, allegados o representantes legales, decisiones relacionadas con su atención y tratamiento.
h) Solicitar el cambio de profesionales o de equipo tratante.
i) Estar acompañada, durante y después del tratamiento, por sus familiares, otros afectos o quien la persona con trastorno mental designe, de acuerdo al procedimiento indicado por el equipo tratante.
j) Acceder a medidas que le permitan lograr la mayor autonomía, así como a las que promuevan su reinserción familiar, laboral y comunitaria. La promoción del trabajo constituye un derecho y un recurso terapéutico.
k) Acceder por sí o a través de sus representantes legales, a su historia clínica.
l) En caso de requerir permanencia en régimen de hospitalización, a ejercer sus derechos y obligaciones como cualquier otra persona usuaria de los servicios de salud del prestador correspondiente.
m) Que las condiciones de su hospitalización sean supervisadas periódicamente por la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, que se crea en la presente ley.
n) Ser protegida de todo tipo de explotación, estigmatización, trato discriminatorio, abusivo o degradante.
o) Ejercer su derecho a la comunicación y acceder a actividades culturales y recreativas.
p) Ser atendida en un ambiente apto, con resguardo de su intimidad y privacidad.
q) Que se preserve su identidad y a no ser identificada o discriminada por un trastorno mental actual o pasado.

r) No ser objeto de investigaciones clínicas ni de tratamientos experimentales sin el consentimiento informado.
s) No ser sometida a trabajos forzados y recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios, que luego sean comercializados.
t) Contar con asistencia letrada cuando se compruebe que la misma es necesaria para la protección de su persona y bienes. Si fuera objeto de una acción judicial, deberá ser sometida a un procedimiento adecuado a sus condiciones físicas y mentales.

CAPÍTULO III

AUTORIDAD DE APLICACIÓN

Artículo 7°. (Rectoría).- Compete al Ministerio de Salud Pública la aplicación de la presente ley, a cuyas prescripciones deberán adaptar su actividad los prestadores de servicios de salud públicos y privados.

Artículo 8°. (Plan Nacional de Salud Mental).- El Ministerio de Salud Pública elaborará y aprobará un Plan Nacional de Salud Mental de acuerdo a lo establecido en la presente ley y en la reglamentación respectiva.

Artículo 9°. (Formación profesional).- El Ministerio de Salud Pública desarrollará recomendaciones dirigidas al conjunto de instituciones públicas y privadas vinculadas a la formación de profesionales de las disciplinas que participan en la atención de la salud, para que sus actividades educativas se adecuen a los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, con especial énfasis en la perspectiva de derechos humanos y en la calidad de la atención.

Asimismo, promoverá instancias de capacitación y actualización permanente para los profesionales en base a los mismos criterios.

Artículo 10. (Investigación).- Se promoverá la investigación en salud mental.

Toda investigación que se desarrolle en el campo de la salud mental que involucre a seres humanos, deberá ajustarse estrictamente a la normativa vigente nacional e internacional a la que adhiere el país.

CAPÍTULO IV

INTERINSTITUCIONALIDAD

Artículo 11. (Coordinación).- El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con los Ministerios de Economía y Finanzas, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Desarrollo Social, Educación y Cultura, los organismos a cargo de las personas privadas de libertad y otros competentes, promoverá planes y programas que favorezcan la inclusión social de las personas con trastorno mental, revisando y ajustando los ya existentes y creando nuevos dispositivos de integración, inserción laboral, acceso a la vivienda, a la educación, a la cultura, al arte y el uso del tiempo libre, entre otros aspectos que concurran al mismo objetivo. Los mismos deberán impulsar la mayor autonomía de las personas con trastorno mental y cambios culturales para evitar su estigmatización.

Las acciones que se implementen contemplarán mecanismos de participación social, en particular de las organizaciones de personas con trastorno mental y de las de sus familiares.

Artículo 12. (Capacitación e inserción laboral).- Las políticas de trabajo de las personas con trastorno mental, promoverán:

a) La inserción laboral de calidad y ajustada al perfil y posibilidades de sostenibilidad de la persona.
b) Facilidades para el ejercicio de una actividad remunerada.
c) Fomento de emprendimientos autónomos, cooperativas de trabajo y similares.
d) Cursos específicos de formación laboral y profesional con certificaciones válidas en el mercado de trabajo abierto; talleres de sensibilización para los trabajadores en general y, especiales para los de empleos con apoyo y trabajo protegido, entre otras.

Se estimulará el reintegro al lugar de trabajo de las personas que hayan tenido trastorno mental, promoviendo el ajuste razonable de las actividades para favorecer la reincorporación.

Artículo 13. (Acceso a vivienda).- Se fomentará un mayor desarrollo del Plan Nacional de Vivienda en apoyo a la integración a la comunidad y promoción de la autonomía de las personas con trastorno mental severo, que incluya:

a) Programas que contemplen una gama de modalidades habitacionales con dispositivos que contengan diferentes propuestas entre máxima

protección y autonomía como son entre otras las cooperativas de viviendas y Mevir.

b) Fortalecimiento de las estrategias del sistema a través de equipos interdisciplinarios de apoyo y referencia.

c) La inclusión de aquellas familias con niñas, niños o adolescentes portadores de trastornos mentales.

Se implementarán medidas para prevenir la segregación geográfica en la asignación de viviendas y la discriminación en la renta.

Artículo 14. (Inclusión educativa y cultural).- El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Desarrollo Social y otros organismos competentes, velará porque se favorezca la integración educativa de las personas con trastorno mental y promoverá y facilitará el acceso de ellas a todas las actividades y expresiones culturales.

En particular en el caso de niñas, niños y adolescentes, deberá protegerse el derecho a la educación a lo largo de todo el ciclo educativo, contemplando las necesidades específicas de acuerdo a la severidad de su trastorno y las condiciones sociofamiliares y culturales.

CAPÍTULO V

ABORDAJE

Artículo 15. (Integralidad de las prestaciones).- Las prestaciones de salud mental que apruebe el Ministerio de Salud Pública formarán parte de los programas integrales de salud para su aplicación en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Artículo 16. (Niveles de atención).- La atención en salud mental se organizará por niveles de complejidad, tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

El Ministerio de Salud Pública definirá los tipos de dispositivos que deben conformar la red de servicios, establecerá las competencias de cada uno de ellos y asegurará los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención, garantizando la integralidad y continuidad del proceso asistencial a lo largo del ciclo vital de la persona.

En el proceso asistencial se integrarán los recursos comunitarios y se procurará la participación de familiares de las personas con trastorno mental.

Artículo 17. (Ámbito de atención).- El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario._Esta atención se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales.

Artículo 18. (Redes territoriales).- Se fomentará el establecimiento de redes territoriales de atención, las que a su vez podrán articular su labor en cada zona con otros recursos existentes que puedan aportar a la promoción y prevención en salud mental.

Artículo 19. (Equipos interdisciplinarios).- La atención en salud mental estará a cargo de equipos interdisciplinarios, en todos los niveles de atención, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia. Cuando ello no sea posible porque no se cuente con los recursos humanos suficientes para dar cumplimiento a esta disposición, aplicará lo establecido en la reglamentación de la presente ley.

Los equipos básicos del primer nivel de atención constituirán el primer contacto y serán referentes del proceso asistencial.

Artículo 20. (Salud y capacitación de recursos humanos).- Se garantizará que los trabajadores que integren los equipos asistenciales de salud mental tengan la protección específica de su propia salud. Se promoverá su capacitación permanente, integrando los distintos saberes que componen el campo de la salud mental, para lo cual se desarrollarán políticas específicas.

Artículo 21. (Rehabilitación).- Las estrategias y programas de rehabilitación estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, estar adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión educativa, social, laboral y cultural a lo largo del ciclo vital.

Artículo 22. (Dispositivos residenciales con apoyo).- Se establecerán programas de dispositivos residenciales con apoyo para personas con trastornos mentales severos y persistentes, que tiendan al mejoramiento de su calidad de vida e integración social, adecuando el tipo de dispositivos a la adquisición progresiva de niveles de autonomía de la persona, asegurando el tránsito de lo sanitario a lo social.

Artículo 23. **(Consentimiento informado).-** Se requerirá el consentimiento informado de la persona para la realización de las intervenciones, biológicas y psicosociales, propuestas en la estrategia terapéutica, el que deberá ser obtenido de conformidad y con las garantías y excepciones dispuestas por el artículo 11 de la Ley Nº 18.335, de 15 de agosto de 2008, la presente ley y demás normativa aplicable. En el caso de niñas, niños y adolescentes con trastornos mentales se requerirá el consentimiento informado del padre, madre o tutor y de acuerdo a la edad y condición mental del sujeto, se solicitará su consentimiento.

Es obligación de los profesionales intervinientes brindar información sobre la naturaleza del trastorno mental, diagnóstico y tratamiento propuesto, beneficios esperados y posibles riesgos de este, eventualidad de hospitalización, condiciones y finalidad de la misma.

La información deberá ser suficiente, continua y en lenguaje comprensible para la persona, teniendo en cuenta su singularidad biopsicosocial y cultural. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de los medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

El consentimiento informado se hará constar en la historia clínica, al igual que la ausencia de él en los casos en que lo autorice la normativa aplicable.

Artículo 24. **(Hospitalización).-** La hospitalización es considerada un recurso terapéutico de carácter restringido, deberá llevarse a cabo sólo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y social de la persona y será lo más breve posible.

Se fundará exclusivamente en criterios terapéuticos con fundamentos técnicos reservándose especialmente para situaciones agudas y procurando que se realice en unidades especializadas en psiquiatría ubicadas en hospital o sanatorio general y en el caso de niñas, niños y adolescentes en hospital pediátrico o en áreas de internación pediátrica en hospitales generales.

En ningún caso la hospitalización será indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda.

Durante la hospitalización, se promoverá el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas hospitalizadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellos casos en que el equipo de salud interviniente lo deniegue por razones terapéuticas debidamente fundadas.

Artículo 25. (Extensión de la cobertura).- La hospitalización no estará sujeta a límites temporales de cobertura, cualquiera sea la edad de la persona usuaria.

Artículo 26. (Modalidades de hospitalización).- Se implementarán diversas modalidades de hospitalización, según las necesidades de la persona con trastorno mental y las posibilidades de la familia y allegados, tales como: hospitalización a tiempo completo, hospitalización parcial diurna o nocturna, hospitalización domiciliaria.

Artículo 27. (Requisitos previos).- Toda indicación de hospitalización deberá cumplir con los siguientes requisitos:

a) Evaluación, diagnóstico y motivos que la justifican, con la firma de un profesional médico.
b) Obtención del consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda, tramitado según lo dispuesto en el artículo 23 de la presente ley.

Artículo 28. (Hospitalización voluntaria).- Cuando profesionalmente se determine la conveniencia de tratar a la persona con trastorno mental a través de hospitalización, se alentará su ingreso voluntario, brindándole oportunidad de elección entre posibles alternativas.

La persona hospitalizada voluntariamente podrá, en cualquier momento, decidir por sí misma el abandono de la hospitalización.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, al momento de gestionar el consentimiento informado para la hospitalización, se le debe hacer saber a la persona que los profesionales intervinientes podrán impedir su externación si se dieran las condiciones para una hospitalización involuntaria que se establecen en el artículo 30 de la presente ley.

Artículo 29. (Deber de notificación).- El Director Técnico del prestador de salud a cargo deberá comunicar a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental las hospitalizaciones voluntarias que se prolonguen por más de cuarenta y cinco días corridos, dentro de las setenta y dos horas de vencido dicho plazo.

Artículo 30. (Hospitalización involuntaria).- La persona sólo podrá ser hospitalizada involuntariamente o retenida en un prestador en el que ya hubiera sido admitida como usuaria voluntaria, cuando:

a) Por un trastorno mental presente, exista riesgo grave de daño inmediato o inminente para la persona o para terceros.

b) El trastorno mental sea severo, esté afectada su capacidad de juicio y el hecho de no hospitalizarla pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que solo pueda aplicarse mediante la hospitalización.

Artículo 31. (Formalidades para hospitalización involuntaria).- La hospitalización involuntaria de una persona con trastorno mental solo podrá tener fines terapéuticos y se ajustará a las siguientes formalidades:

a) Declaración firmada por el familiar más cercano, allegado o representante legal si lo hubiera, solicitando su hospitalización y expresando su conformidad con la misma.

Si no hubiera familiar, allegado ni representante legal, o habiéndolos se negaran a consentir la hospitalización y se dieran los supuestos del artículo 30 de la presente ley, se podrá realizar cumpliendo únicamente con el dictamen profesional a que refiere el literal siguiente del presente artículo.

b) Dictamen profesional del servicio de salud que realice la hospitalización, determinando la existencia de los supuestos establecidos en el artículo 30 de la presente ley, firmado por dos profesionales médicos que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser especialista en psiquiatría. En el abordaje terapéutico posterior deberá intervenir un equipo interdisciplinario.

c) Informe sobre las instancias previas implementadas, si las hubiere.

Artículo 32. (Carga de la notificación).- Toda hospitalización involuntaria deberá ser notificada por el Director Técnico del prestador a cargo, a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y al juez competente dentro de las veinticuatro horas siguientes, con los fundamentos que sustenten la misma y las constancias a que refiere el artículo 31 de la presente ley.

El juez podrá requerir, en caso de considerarlo necesario, información ampliatoria a los profesionales tratantes o indicar peritajes externos que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a confirmar los supuestos que justifiquen la medida.

Artículo 33. (Hospitalización por orden judicial).- El juez competente podrá disponer una hospitalización involuntaria cuando cuente con un informe médico que la justifique.

El juez podrá, en cualquier momento, pedir al prestador a cargo de la hospitalización información sobre el curso del proceso asistencial, a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de la medida.

Cuando estén dadas las condiciones para el alta de la persona, el Director Técnico del prestador deberá notificarlo a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y al juez. Éste deberá expedirse al respecto en un plazo no mayor a tres días hábiles a contar desde el día siguiente al de la notificación.

Artículo 34. (Hospitalización de niñas, niños y adolescentes).- El juez sólo podrá disponer la hospitalización involuntaria de niñas, niños y adolescentes de conformidad con lo dispuesto por el artículo 121 de la Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, en la redacción dada por el artículo 323 de la Ley Nº 19.149, de 24 de octubre de 2013.

Artículo 35. (Notificación de hospitalización por orden judicial).- En todos los casos de hospitalizaciones por orden judicial, el Director Técnico del prestador a cargo deberá notificar, dentro de las primeras veinticuatro horas, a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental.

Artículo 36. (Alta y permiso de salida).- El alta y el permiso de salida son facultad del médico tratante, sin perjuicio de los derechos de la persona hospitalizada voluntariamente y de las competencias del juez respecto de hospitalizaciones ordenadas por él.

Artículo 37. (Desinstitucionalización).- Se impulsará la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas.

Se entiende por estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, los dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial.

Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y, en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales.

Artículo 38. (Establecimientos asilares y monovalentes).- Queda prohibida la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados, desde la entrada en vigencia de la presente ley. Los ya existentes deberán adaptar su funcionamiento a las prescripciones de esta ley,

hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Queda igualmente prohibida, a partir de la vigencia de la presente ley, la internación de personas con trastorno mental en los establecimientos asilares existentes. Se establecerán acciones para el cierre definitivo de los mismos y la transformación de las estructuras monovalentes. El desarrollo de la red de estructuras alternativas se debe iniciar desde la entrada en vigencia de esta ley.

CAPÍTULO VI

DEL CONTRALOR

Artículo 39. (Creación).- Créase la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública, con los cometidos que le atribuye la presente ley.

Artículo 40. (Cometidos).- Son cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental:

a) Controlar, en todo el territorio nacional, el cumplimiento de la presente ley, particularmente en lo que refiere al resguardo del ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas con trastorno mental.
b) Supervisar de· oficio o por denuncia de particulares las condiciones de las personas hospitalizadas por razones de salud mental y en dispositivos residenciales públicos y privados, incluyendo las sujetas a procedimientos judiciales.
c) Requerir a las entidades públicas y privadas del Sistema Nacional Integrado de Salud, información que permita evaluar las condiciones en que se realiza la atención en salud mental, con la debida protección a los derechos de los usuarios.
d) Controlar que las hospitalizaciones no se prolonguen más allá del tiempo mínimo necesario para cumplir con los objetivos terapéuticos y que las involuntarias se encuentren debidamente justificadas.
e) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de incapacidad e inimputabilidad y durante la vigencia de dichas declaraciones.
f) Inspeccionar periódicamente los establecimientos públicos y privados donde se realicen hospitalizaciones de personas con trastorno mental, en los términos que establezca la reglamentación.
g) Recibir y dar trámite a las denuncias respecto del funcionamiento de los servicios de salud mental realizadas por usuarios, sus familiares, los actores involucrados en el proceso asistencial y de terceros.

h) Requerir la intervención judicial o de otros organismos competentes ante situaciones del proceso asistencial que no se ajusten a las disposiciones de la presente ley y su reglamentación.
i) Hacer recomendaciones al Ministerio de Salud Pública y participar en las instancias de discusión sobre normativa aplicable a la atención de la salud mental.
j) Informar al Ministerio de Salud Pública, con la periodicidad que determine la reglamentación, sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes.
k) Llevar un registro sistematizado de sus actuaciones en cumplimiento de la presente ley, que incluya los resultados de las mismas.
l) En coordinación con la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, difundir en la comunidad, con la mayor amplitud posible, información sobre las normas aplicables a la atención en salud mental, particularmente las que refieren a los derechos humanos de las personas con trastorno mental, así como sobre los dispositivos para la protección de los mismos a nivel nacional e internacional.
m) Dictar su reglamento interno de funcionamiento.

Artículo 41. (Integración).- La Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tendrá carácter honorario, sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo y estará compuesta por:

a) Dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales deberá acreditar conocimiento, formación y experiencia en el tema de la salud mental. Uno de ellos la presidirá.
b) Tres miembros representantes de la Universidad de la República designados uno a propuesta de la Facultad de Medicina, otro a propuesta de la Facultad de Psicología y otro a propuesta de la Facultad de Derecho. Se observará que todos estén vinculados a la temática de la presente ley.
c) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los trabajadores de la salud mental.
d) Un miembro representante de las sociedades científicas vinculadas a la salud mental.
e) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de las personas con trastorno mental.
f) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los familiares de las personas con trastorno mental.
g) Un representante de las organizaciones de la sociedad civil en salud mental y derechos humanos.

Por cada representante titular, se designará un alterno.

Artículo 42. (Descentralización).- Los cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tienen alcance nacional. Para su

efectiva ejecución en ese ámbito contará con el apoyo de las Direcciones Departamentales de Salud del Ministerio de Salud Pública. La reglamentación determinará su forma de relacionamiento.

Asimismo, la Comisión fomentará la articulación en el territorio con otras instancias participativas del ámbito sanitario y social.

Artículo 43. (Duración del mandato).- La duración del mandato de los representantes titulares y alternos será de tres años, contados a partir de la fecha en que asuman sus respectivos cargos. Sin perjuicio de ello la delegación del Poder Ejecutivo podrá modificarse en todo momento.

Artículo 44. (Quorum).- Para sesionar, la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental requerirá la presencia de siete de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del Cuerpo. En caso de empate, el voto del Presidente se computará doble.

Artículo 45. (Competencia del presidente).- Compete al Presidente· de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental:

a) Presidir las sesiones de la Comisión.
b) Ejecutar las resoluciones de la Comisión.
c) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Comisión, dando cuenta de ellas en la primera sesión posterior y estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad, será necesario el voto de por lo menos ocho de los miembros de la Comisión.
d) Representar al organismo y suscribir todos los actos en que intervenga el mismo.
e) Las demás tareas que le sean encargadas por la Comisión.

Artículo 46. (Protección especial).- Encomiéndase especialmente a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo creada por la Ley Nº 18.446, de 24 diciembre de 2008, defender y promover los derechos de las personas reconocidos en la presente ley.

CAPÍTULO VII

DEROGACIÓN Y ADECUACIÓN

Artículo 47.- Derógase la Ley Nº 9.581, de 8 de agosto de 1936 y demás disposiciones que se opongan a lo establecido en la presente ley.

__Artículo 48__.- Efectúanse las siguientes adecuaciones en la normativa vigente:

a) La remisión efectuada por los artículos 40 y 46 de la Ley Nº 14.294, de 31 de octubre de 1974, debe entenderse realizada a la presente ley.
b) La remisión efectuada por el artículo 35, literal B) del Decreto Ley Nº 15.032, de 7 de julio de 1980 (Código del Proceso Penal), debe entenderse realizada a la presente ley.
c) La remisión efectuada por el artículo 11 de la Ley Nº 18.335, de 15 de agosto de 2008, debe entenderse realizada al artículo 23 de la presente ley.

Sala de la Comisión, a 4 de octubre de 2016.

IVONNE PASSADA
Miembro Informante

GUILLERMO BESSOZZI
(con salvedades)

DANIEL BIANCHI

JAVIER GARCÍA
(con salvedades)

DANIEL GARÍN

MARCOS CARÁMBULA

MÓNICA XAVIER

INFORME

Al Senado:

Con fecha 14 de diciembre de 2015 el Poder Ejecutivo actuando en Consejo de Ministros, envía al Parlamento el proyecto de ley que garantiza, en el marco del Sistema Integrado de Salud el derecho a la protección de la salud mental de todos los habitantes del país.

El Estado es el responsable de crear las condiciones para su efectivo ejercicio y cumplimento en todo el territorio, creando las condiciones para una protección integral de la salud como derecho humano fundamental.

En el Uruguay todas las normas existentes en materia de salud mental que están vigentes datan de la primera mitad del siglo XX, las cuales se encuentran en la Ley Nº 9581, de 8 de agosto de 1936, donde aparece la figura del psicópata plasmada en esa ley y que ha estigmatizado hasta el día el de hoy a los pacientes que deben asistirse desde el punto de vista de su salud mental.

Durante el año 1986 un Plan de Salud Mental que aún mantiene vigentes algunas de sus propuestas, la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, con varios movimientos de usuarios y familiares, conjuntamente con el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2010 de la Organización Mundial de la Salud, fueron indicando la urgente necesidad de una reforma profunda, integral, que cuidara aspectos normativos, técnicos, modelos de atención y modelos asistenciales que construyeran un nuevo paradigma en materia de salud mental.

De esa convocatoria donde actores sociales, académicos, el Área Programática para la atención en salud mental del MSP, instituciones de familiares, la UDELAR en todas sus disciplinas, usuarios, ASSE con su Unidad de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, Organizaciones No Gubernamentales, Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, Poder Judicial, entre muchos más que fueron enunciados en este proyecto de ley nos dan la certezas de que la elaboración de este proyecto ha tenido la mirada integral de todos los involucrados. El legislador ha tenido las facilidades de interpretarlas con todos estos aportes.

En la discusión del proyecto de ley de Salud Mental en la propia Comisión de Salud del Senado, surgió la necesidad de modificación de su carátula contemplando la mirada de derechos humanos, por: "Salud Mental desde una perspectiva de Derechos Humanos en el marco del Sistema Integrado de Salud", justamente para reforzar los derechos

Estamos frente a un proyecto de Ley que se inspira en modificar la vida de las personas que en forma injusta sufren a diario la discriminación desde el acceso a servicios, educación, vivienda, oportunidades laborales, a dejar la opción de vida del encierro por abandono familiar, o quizás por estar estigmatizados por nosotros mismos, a la conflictiva relación que culturalmente se hace entre capacidad o discapacidad, entre cordura y locura, es brindarle la posibilidad de auto determinarse a dichos pacientes.

En el desarrollo del articulado iremos viendo que el cambio de modelo de atención se deberá trabajar para que los pacientes sean capaces de tomar sus propias decisiones, a menos que pruebe lo contrario, y los prestadores de salud mental deberán comprender que los pacientes con trastorno mental pueden tomar sus decisiones.

En ese sentido son claros los Principios de Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud elaboró: "10 Principios básicos de las normas para la atención de la Salud Mental", donde se prioriza preservar la dignidad del paciente, tener en cuenta técnicas que ayuden a los pacientes a arreglárselas con los deterioros, reducir el efecto de los trastornos y mejorar su calidad de vida.

Mejorar la vida de las personas que están incorporadas en planes de Salud Mental es atender las poblaciones más vulnerables, donde la legislación debe ser celosa guardiana de proteger a dicha población, demostrando como muy bien dice la Organización Mundial de la Salud "las personas con trastornos mentales son, o pueden ser, particularmente vulnerables al abuso y a la violación de sus derechos". (OMS, 2006 pág. 1)

Por eso, el objetivo central de este proyecto de ley es el ejercicio pleno del derecho a la salud mental para todos los habitantes del país, pero con un objetivo central: promover la salud y prevenir los trastornos mentales, de forma tal que el mismo este incluido en el Sistema Nacional Integrado de Salud, desde un modelo comunitario, que deberá organizarse por redes, por niveles de atención, donde el primer nivel de atención jugara un rol fundamental en todo este proceso.

Todas las instituciones vinculadas a la salud mental deberán comprender el cambio de modelo de atención para facilitar, promover, proteger y asegurar que las libertades y la igualdad en materia de derechos humanos para las personas con trastornos mentales es eso… Un derecho.

Se deberá promover la salud mental como parte de la promoción de la salud en general, no podemos ver aislado este proceso, se deberá actuar directamente en las condiciones que favorezcan el bienestar mental de aquellos que pueden estar en riesgo, los que la padecen y los que ya están en plena recuperación.

En el marco de los acuerdos internacionales de todos los Organismos Gubernamentales vinculados al tema de la salud, se trabaja en reducir la

incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales y el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental.

Las modificaciones propuestas en el nuevo abordaje de la atención de la salud mental que se propone en este proyecto, está inspirado en documentos internacionales y nacionales que tienen como principio rectores los objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud y en las definiciones programáticas del gobierno nacional en esta materia específicamente.

Otro elemento a destacar del proyecto de ley, es presumir trastorno mental exclusivamente en base a factores que no hacen al diagnóstico profesional específico, como pueden ser las causas sociales, presiones familiares o laborales, discriminaciones de todo tipo, estereotipos, el mismo deberá ser resguardado por toda la comunidad científica.

También es de destacar que el consumo problemático de sustancias psicoactivas legales o ilegales, será abordado como parte integrante de las políticas de salud mental, teniendo en todos sus términos los derechos y garantías de la presente ley para las personas que se encuentran en un consumo problemático de sustancias psicoactivas.

El proyecto de ley tiene dentro de su articulado un nuevo paradigma en materia de salud mental y será un hecho histórico, es que a partir de la promulgación de esta ley, se dará el cierre progresivo de las estructuras asilares monovalentes las que son exclusivamente psiquiátricas, lo que se ha dado en llamar la "desmanicomialización", desaparece la figura del psicópata y reiteramos, se irán cerrando las estructuras asilares y monovalentes.

Por eso Sr. Presidente esta Asesora aconseja la aprobación de este proyecto de ley en discusión.

Sala de la Comisión, a 4 de octubre de 2016.

IVONNE PASSADA
Miembro Informante

PODER EJECUTIVO

MINISTERIO DEL INTERIOR
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS
MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGÍA Y MINERÍA
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE GANADERÍA, AGRICULTURA Y PESCA
MINISTERIO DE TURISMO
MINISTERIO DE VIVIENDA, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y MEDIO AMBIENTE
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

Montevideo, 14 DIC 2015

SEÑOR PRESIDENTE DE LA ASAMBLEA GENERAL

El Poder Ejecutivo actuando en Consejo de Ministros tiene el honor de remitir a ese Cuerpo el adjunto Proyecto de Ley, el cual tiene por objeto garantizar, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país------------

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La protección integral de la salud es un derecho humano fundamental y el Estado es responsable de crear las condiciones para su efectivo ejercicio en todo el territorio nacional.---

La salud mental, entendida como un proceso dinámico determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, es parte inseparable de la salud integral.---

Las políticas de salud mental, que tienen que contemplar la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, deben estar sustentadas por un marco jurídico adecuado a los tiempos, los avances en los conocimientos científicos y tecnológicos, así como una perspectiva que incorpore los derechos humanos de todas las personas y en especial de aquellas con trastorno mental.--------------------------------------

En Uruguay, las normas sobre salud mental vigentes datan de la primera mitad del siglo XX, centradas en la Ley Nro. 9.581 de 8 de agosto de 1936, que organiza ``la asistencia a psicópatas``. Entre ella y las recomendaciones realizadas por organismos internacionales y numerosos documentos nacionales, existe una brecha considerable que es necesario superar.---

La Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, así

como los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, adoptados por la Asamblea General en su Resolución Nro. 46/119 del 17 de diciembre de 1991, fueron fundamentales para apoyar la larga historia de reclamos promovidos por los movimientos que impulsan la modificación de los sistemas de atención en salud mental en las Américas. La primera promueve los servicios de salud mental comunitarios e integrados, y sugiere una reestructuración de la atención psiquiátrica existente. Señala, asimismo, que los recursos, la atención y el tratamiento de las personas con discapacidad deben garantizar su dignidad y derechos humanos, proporcionar un tratamiento adecuado y racional, y destinar esfuerzos para mantener a las personas con trastornos mentales en sus comunidades, superando el modelo de servicios psiquiátricos basado en el hospital psiquiátrico. Respecto de la legislación en salud mental, previene que debe garantizar los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, y que los servicios deben organizarse de manera de asegurar el efectivo cumplimiento de esos derechos, evitando los abusos y la discriminación de la que son víctimas las personas con problemas de salud mental.---

Con base en los referidos Principios de Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud elaboró los "Diez Principios básicos de las normas para la atención de la Salud Mental",

donde se prioriza "preservar la dignidad del paciente; tener en cuenta técnicas que ayuden a los pacientes a arreglárselas con los deterioros; reducir el efecto de los trastornos y mejorar la calidad de vida". El punto cinco de los mismos, referido a la "Autodeterminación", apunta a la conflictiva y prejuiciosa relación que culturalmente se hace entre capacidad o discapacidad y cordura o locura. En tal sentido establece que debe "suponerse que los pacientes son capaces de tomar sus propias decisiones, a menos que se pruebe lo contrario" y recomienda "asegurarse que los prestadores de atención de salud mental no consideren sistemáticamente que los pacientes con trastornos mentales son incapaces de tomar sus propias decisiones".--

"Las personas con trastornos mentales son, o pueden ser, particularmente vulnerables al abuso y a la violación de sus derechos", insiste la Organización Mundial de la Salud, en el "Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación", publicado en 2006 en Ginebra, Suiza. También advierte que "La legislación que protege a los ciudadanos vulnerables (incluyendo a las personas con trastornos mentales) es el reflejo de una sociedad que respeta y se preocupa por su gente".---------------

Las violaciones de derechos humanos y la denegación de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales a las personas que sufren trastornos mentales son comunes, tanto en ámbitos institucionales como en la comunidad. Además, estas personas se enfrentan a una injusta

discriminación en el acceso a servicios, educación, vivienda, oportunidades laborales.---

El Plan de Salud Mental de Uruguay de 1986 -muchas de cuyas propuestas están aún vigentes-, el último documento del 2005 de la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, con una larga y activa participación de movimientos de usuarios y familiares, y el "Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020"de la Organización Mundial de la Salud, constituyen un cúmulo de fundamentos y evidencia que señalan la necesidad de una reforma profunda e integral de los aspectos normativos, técnicos y modelos asistenciales en la materia.--

Las modificaciones en el abordaje de la salud mental que se propone instrumentar el anteproyecto de ley, se inspira en los documentos internacionales y nacionales referidos y muchos otros que los profundizan y complementan, en los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud y en las definiciones programáticas del gobierno nacional en la materia específica. Su contenido fue discutido en profundidad, logrando un importante consenso en el marco de un amplio intercambio entre el Ministerio de Salud Pública, actores políticos, técnicos, asociaciones de usuarios, de familiares y otras organizaciones sociales involucradas.----

El texto se estructura en siete capítulos: Disposiciones Generales; Derechos; Autoridad de Aplicación;

Interinstitucionalidad; Abordaje; Órgano de Contralor y Disposiciones Transitorias.---

Capítulo I:

Disposiciones Generales

Este capítulo establece las bases que hacen al cambio de modelo en el abordaje de la salud mental, comenzando por el reconocimiento expreso del derecho a su protección que tienen todos los habitantes residentes en el país, desde una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental, como lo establece el artículo 1 del proyecto.---------------------

Ese derecho deberá ser garantizado en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, que implementa la Ley Nro. 18.211 de 5 de diciembre de 2007. Dicho sistema incluye a todos los prestadores de servicios de salud, integrales y parciales, públicos y privados del país.

El abordaje de la atención en salud mental, al que deberán adaptar sus actividades todos los prestadores, cualquiera sea su naturaleza y extensión de sus servicios en la materia, estará orientado por los principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud, con eje en las personas con problemas de salud mental y sus familias, a través de las trayectorias asistenciales que respondan a sus necesidades y al respeto a sus derechos humanos, manteniendo coherencia

y coordinación con las políticas de promoción de la salud integral.--

La definición de salud mental incluida en el segundo artículo del anteproyecto recoge la formulada por la Organización Mundial de la Salud e incorpora los componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos que determinan el estado de bienestar como meta a alcanzar. Además, precisa los rubros básicos de la panoplia de acciones necesarias para crear las condiciones de una vida digna en beneficio de todas las personas, especialmente de aquellas con trastorno mental.----

Por trastorno mental se entiende, de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud de 1992, "la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación social o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberían incluirse en la noción de trastorno".

La prohibición de presumir trastorno mental exclusivamente en base a factores que no hacen al diagnóstico profesional específico, como circunstancias sociales, presiones familiares o laborales, discriminaciones y estereotipos al uso, está establecida en el artículo 4.---

El consumo problemático de sustancias psicoactivas legales o ilegales debe ser abordado como parte integrante de las políticas de salud mental, siendo las personas incursas en él sujetos de todos los derechos y garantías que establece el

anteproyecto en su relación con los servicios de salud, precisa el último artículo de este capítulo. ---------------------------------
Se entiende que la persona presenta un consumo problemático de sustancias psicoactivas cuando el mismo le acarrea problemas en una o más de las siguientes cuatro áreas vitales: su salud física y/o psíquica en sentido amplio; sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos íntimos); sus relaciones sociales secundarias (espacios de socialización como trabajo, estudio, recreación, etc.); su relacionamiento con la ley y las agencias oficiales de control social.---

Capítulo II:

Derechos

El sustento conceptual fundamental de este capítulo son los instrumentos internacionales y las normas nacionales consagrados a la protección de los derechos humanos, en particular los de las personas con trastorno mental.------------
La enumeración -exhaustiva aunque no taxativa- del artículo 6, contempla desde los derechos más básicos de todas las personas, como el reconocimiento de su carácter de sujetos de derechos que las convierte en acreedoras del respeto que merece todo ser humano; de su autonomía, intimidad y privacidad; de la preservación de sus lazos familiares y sociales, hasta los más específicos que hacen a la calidad y oportunidad de los tratamientos y las garantías en caso de hospitalización. --

Para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales se hace necesaria la adopción de medidas de acción positiva, en el entendido de que se trata de una población con mayor vulnerabilidad, y que el estigma y la discriminación ofician como obstáculos para el pleno ejercicio de sus derechos.---

Capítulo III:

Autoridad de Aplicación

En este capítulo se reafirma el rol rector del Ministerio de Salud Pública en materia de salud, y por lo tanto autoridad incuestionable de aplicación de una ley de salud mental.-----
El proyecto de ley lo consagra en su artículo 7, a la vez que determina los obligados a adaptar su actividad a sus prescripciones: los prestadores integrales y parciales, públicos y privados, del Sistema Nacional Integrado de Salud.--
Artículos independientes precisan las competencias del Ministerio de Salud Pública para la elaboración de un Plan Nacional de Salud Mental, acorde al nuevo modelo de atención cuyas bases establece el anteproyecto, y con el objetivo de impulsar el desarrollo de la mejor atención posible en esa área de la salud. Ese plan establecerá las acciones y condiciones de la actividad sanitaria específica (artículo 8).----
La adecuación de la atención exige el desarrollo de competencias profesionales. Para impulsarlo, en el artículo 9

se encomienda al Ministerio de Salud Pública formular recomendaciones dirigidas a todas las instituciones públicas y privadas que impartan formación en áreas que participan de la atención en salud mental, a los efectos de que ajusten sus actividades educativas a los principios, políticas y dispositivos que incluye la ley, con especial énfasis en la perspectiva de derechos humanos.--

Otro aspecto que involucra al Ministerio de Salud Pública es la actualización y capacitación de las y los profesionales en base a los criterios enunciados.

La investigación en salud mental es fundamental para generar conocimiento que beneficie el proceso asistencial y brindar insumos para la elaboración de políticas, planificación y evaluación. En tal sentido, el artículo 10 incluye el imperativo de promoverla, sin olvidar la provisión de recursos para su efectivo desarrollo.----------------------------

Capítulo IV:

Interinstitucionalidad

Los factores socio-económicos juegan un papel fundamental en la determinación de la salud. El concepto de la acción intersectorial coordinada y el beneficio del desarrollo económico y social en la salud se reconocen claramente en la Declaración de Alma Ata de 1978, que plantea que el logro del grado más alto posible de salud "exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos además del de la salud."---

El Estado debe funcionar como garante y responsable de la efectivización de los derechos universales de las personas con trastorno mental, a través de programas y planes que garanticen la inclusión social de las mismas en todo el país. Las acciones estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida con plenos derechos ciudadanos.------------------------

Se hace imprescindible la participación de organismos competentes para implementar acciones de inclusión social, en particular para aquellas personas que tengan un trastorno mental severo, procurando la recuperación de los vínculos sociales y asegurando el acceso a dispositivos que incluyan vivienda, educación, trabajo, cultura, arte y seguridad social, como modo de garantizar el derecho a condiciones dignas de calidad de vida y promoción humana. Estos dispositivos tienden al logro de una participación activa de la persona en su tratamiento y a avances en la autonomía e inclusión social, cultural, ambiental y ciudadana.--------------------------

El concepto trastorno mental severo (TMS) designa a un conjunto de personas que sufren entidades clínicas diferentes pero presentan una serie de problemas comunes, derivados de la discapacidad producida por la enfermedad. La delimitación de un TMS debe contemplar tres dimensiones: diagnóstico, que incluye fundamentalmente a trastornos psicóticos; duración de la enfermedad: tiempo superior a los dos años; presencia de discapacidad que se expresa en la existencia de una disfunción del funcionamiento global e

indica una afectación de moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.------------------------

La adquisición de niveles de autonomía progresivos en el proceso de rehabilitación se realiza en una trayectoria que incluye dispositivos del sector salud, del sector social, y mixtos. Garantizar la continuidad de la atención sanitaria, de cuidados y el apoyo a la integración social de las personas con trastornos mentales severos exige la coordinación, mediante programas transversales, de los dispositivos de atención a la salud mental con otras instituciones y dispositivos no sanitarios implicados en la atención comunitaria a la salud mental.------------------------------------

El anteproyecto, en su artículo 11, prescribe la coordinación entre ministerios y otros organismos competentes, precisando objetivos -no excluyentes de otras acciones positivas- en materia laboral, de vivienda y educativo cultural, en tanto pilares fundamentales de la inserción social. Particularmente, los artículos 12 a 14 sientan los principios específicos que sustentarán las acciones en dichos aspectos.--------------------

Capítulo V:

Abordaje

El cambio de modelo de atención es crucial para el abordaje integral de la salud mental, desde una perspectiva de derechos. La reforma de la salud, iniciada en Uruguay en

2007, promovió la sustitución del modelo de atención a la enfermedad por otro que privilegia la prevención y la promoción, en base a una estrategia de atención primaria en salud con énfasis en el primer nivel de atención, asegurando la coordinación y complementación de servicios públicos y privados en todos los niveles, la profesionalidad y la transparencia en la conducción de las instituciones y la participación activa de trabajadores y usuarios. Es en esta línea que deben procesarse los cambios en la atención a la salud mental.--

La promoción de la salud mental refiere con frecuencia a la salud mental positiva, considerándola como un recurso, como un valor en sí misma y como un derecho humano básico, esencial para el desarrollo social y económico. Situada dentro del campo de la promoción de la salud integral, incluye el fomento de la salud mental positiva mediante el mejoramiento de los recursos, habilidades y fortalezas de las personas, familias, comunidades e instituciones. Busca promover el establecimiento de condiciones de vida adecuadas, así como empoderar a los actores sociales para que esas condiciones puedan lograrse. Su mejora requiere la acción colectiva de la sociedad. Las actividades para la promoción de la salud mental son principalmente socio-políticas.------------------------

La prevención de los trastornos mentales busca reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los mismos, y el

tiempo en que las personas permanecen con los síntomas, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo el impacto que el trastorno ejerce en la persona afectada, sus familias y la sociedad.---

La prestación de servicios de salud mental a través de la atención general de salud es la estrategia más viable para mejorar el acceso de la población a los servicios de salud mental. A su vez, la atención integrada puede facilitar la reducción del estigma, asociado con requerir asistencia en servicios de salud mental estructurados. Es en esta línea que se propone que las hospitalizaciones, en caso de que sean necesarias, se realicen en unidades de hospitales y sanatorios generales (artículo 24).---

El abordaje debe basarse en un modelo comunitario, con un enfoque de sistema de red única, de complejidad creciente, con puerta de entrada en el equipo básico de salud, en el primer nivel de atención, para la utilización coordinada de los recursos existentes, generando equidad de los beneficios y recursos, con mecanismos explícitos y claros de articulación entre los distintos dispositivos, niveles de atención y sectores, garantizando la integralidad y continuidad de los procesos asistenciales a lo largo de la vida de las personas, en y con la comunidad.--

El pasaje por estructuras progresivas y complementarias permitirá a la persona encontrar, según el momento evolutivo, la estructura terapéutica más efectiva que le permita desarrollar al máximo posible sus capacidades. La atención en salud mental se realizará en equipo interdisciplinario, con

especificidades de acuerdo al nivel de complejidad de la atención y a poblaciones con necesidades particulares.---------

Las personas que padecen trastornos mentales severos requieren que el tratamiento sea encarado considerando una atención a largo plazo, integrando distintas acciones terapéuticas según la fase de la enfermedad, las potencialidades presentes y el entorno socio-familiar. Implica el tránsito por distintos niveles intermedios que corresponden a las distintas etapas del proceso de rehabilitación, que debe estar integrado desde el inicio del tratamiento. El objetivo es reducir el impacto actual y futuro del trastorno que padece la persona, en su vida y en la de su entorno, tratando de preservar lo máximo posible su calidad de vida, el desarrollo de sus recursos y la promoción de su recuperación. ------------

Para priorizar el acceso y la continuidad de cuidados en salud mental de usuarios que sufren patologías más graves e incapacitantes, es necesario en primer lugar identificar y delimitar esta población. La delimitación no puede basarse tan sólo en criterios diagnósticos o variables clínicas, sino que debe considerarse también el curso evolutivo y la repercusión sobre la funcionalidad y el ajuste social de estas personas. De esta manera, se tienen en cuenta otros parámetros, sanitarios y socio sanitarios, como base para organizar la atención, en cuanto a procedimientos e intervenciones que dichas personas necesitan.---

La legislación tiene un papel crucial en la promoción de la atención comunitaria de los trastornos mentales y en la

reducción de los ingresos a las instituciones psiquiátricas, en especial las hospitalizaciones de larga duración. Para alcanzar tal resultado, se requiere que se establezca una gama de instituciones comunitarias de calidad adecuada y accesible a las personas con trastornos mentales.----------------------------

El cambio de modelo de atención propuesto, con fortalecimiento de la red comunitaria, sustentará el proceso de desinstitucionalización y el cierre progresivo de estructuras asilares y monovalentes, previo desarrollo de estructuras alternativas.---

Se entiende por estructuras asilares las instituciones custodiales, cerradas, inspiradas en un modelo ampliamente superado de "tratamiento psiquiátrico", que se basaba en la reeducación del paciente mediante el "tratamiento moral". Para ello, la institución (que se construía en las afueras de las ciudades) debía promover el aislamiento total, con alejamiento del ambiente patológico y establecimiento de un orden social interno, jerarquizado y clasista.---

Las estructuras monovalentes son aquellos establecimientos destinados a prestar servicios de salud en una sola especialidad, la salud mental en lo que atañe al anteproyecto.

Las estructuras alternativas implican el desarrollo de un sistema de dispositivos en la comunidad -sanitarios, sociales y mixtos- que proporcionen asistencia médica, rehabilitación psicosocial y tratamiento para episodios agudos; así como viviendas protegidas y planes laborales, de modo que las

personas con trastornos mentales severos tengan más oportunidades de integración en la comunidad.------------------

La presencia de un trastorno mental no significa, de por sí, la inexistencia de discernimiento. El consentimiento libre e informado debería constituir la base del tratamiento y de la rehabilitación de la mayoría de las personas con trastornos mentales, y es necesario agotar los esfuerzos para permitir que una persona acepte voluntariamente el tratamiento, antes de adoptar procedimientos involuntarios.-------------------------

No obstante, algunas personas con trastornos mentales pueden tener afectada la capacidad para adoptar decisiones respecto a su tratamiento; en estas circunstancias, se deben tomar en cuenta tanto el derecho de todo individuo a la libertad y a tomar decisiones relacionadas con su propia salud, como las obligaciones de la sociedad de proteger a las personas que no estén en condiciones de cuidarse por sí mismas y de preservar la salud de toda la población, por lo que se debe disponer lo necesario para garantizar el derecho a la atención, aún de forma involuntaria.---------------------------

En todos los casos, se debe contemplar el bienestar y los intereses de la persona, y asegurar que la libertad de decisión y de acción sea restringida en la menor medida posible.--------

Es necesario asegurar que, tanto la actuación judicial como la del sistema sanitario, puedan extremar los recaudos para garantizar la defensa y ejercicio de los derechos fundamentales de las personas con trastornos mentales privadas de libertad.--

En el marco de los principios generales del nuevo modelo de abordaje que se propone, es pertinente destacar algunos aspectos, como la previsión de la protección de la salud mental de los trabajadores que intervienen en los respectivos procesos asistenciales, por entender que presenta riesgos específicos, que se establece en el artículo 20.--------------------

Inspirado en los principios de equidad y no discriminación, el artículo 25 modifica la limitación temporal de cobertura de hospitalización urgente – treinta días para mayores de 18 años – de manera que, al igual que en otros padecimientos, el único límite dado por las necesidades del proceso asistencial.-

No obstante, como cada nueva prestación tiene que tener asegurada su sustentabilidad técnica, económica, financiera y social, se faculta el Poder Ejecutivo para determinar los plazos para su implementación.--

Tratándose de hospitalizaciones voluntarias, la ley tiene especial cuidado respecto de la obtención del consentimiento informado, remitiendo en cuanto a los requisitos a observar a las reglas generales que prescribe el artículo 11 de la Ley Nro. 18.335 de 15 de agosto de 2008 y desarrollan los artículos 16a 26 de su decreto reglamentario Nro. 274/010 de 8 de setiembre de 2010.---

Aún en el caso de que sea inobjetable la obtención del consentimiento informado, el artículo 29 incluye una garantía extra de respeto a la voluntad, cuando determina que si la hospitalización voluntaria se extendiera más allá de 45 días,

tal situación deberá ponerse en conocimiento del órgano de contralor, que crea el artículo 39 del proyecto de ley.------------

Las hospitalizaciones involuntarias merecen mayores recaudos, que se traducirán en garantías para la persona que se encuentre en los supuestos del articulo 30 (trastorno mental presente con riesgo grave de daño inmediato o inminente para sí o para terceros; trastorno mental severo que afecte su capacidad de juicio, cuya no hospitalización impida proporcionarle el tratamiento adecuado). Los artículos siguientes desarrollan esas condiciones, incluyendo los controles del órgano de contralor y judicial. Particularmente el artículo 34 remite a la Ley Nro. 17.823 (Código del Niño), en la redacción dada por su modificatoria Nro. 19.149 de 24 de octubre de 2013, lo referente a hospitalización involuntaria de niños y adolescentes.--

El artículo 37 consagra un hito en el cambio de modelo de abordaje en salud mental: el progresivo cierre de las estructuras asilares y monovalentes y su sustitución por estructuras alternativas, tales como centros de atención comunitaria, casas u hogares asistidos y/ de medio camino y centros de rehabilitación e integración psicosocial, todos recursos que no excluyen otros que se consideren hábiles para fomentar la inclusión y la autonomía de las personas con trastorno mental.--

Consecuencia inmediata de la política que inspira lo anterior, es lo dispuesto en el artículo 38: prohibición de nuevas internaciones en las estructuras asilares existentes.------------

Capítulo VI:

Órgano de Contralor

El cambio de modelo de abordaje en salud mental no se agota con la promulgación de una ley y la definición de políticas consecuentes con sus prescripciones. El cumplimiento cabal de las normas y políticas es fundamental para establecer los marcos sobre los cuales se debe actuar a efectos de avanzar en los objetivos fijados y garantizar la calidad y oportunidad del proceso asistencial y del respeto a los derechos humanos de las personas involucradas en el mismo. -----------------------------
Como autoridad rectora, el Ministerio de Salud Pública debe asegurar que el abordaje de la Salud Mental se rija por las políticas, directivas estratégicas, normas y programas nacionales. Es competencia indelegable el contralor de su efectiva aplicación en el sistema.------------------------------------
Pero para asegurar una mirada amplia, que incorpore múltiples actores en el proceso de control, se hace necesaria la creación de un órgano que, con integración plural y calificada, se concentre en esa tarea, que debe ser constante. Se entiende conveniente ubicar a dicho órgano dentro de la estructura de la autoridad sanitaria, dotado de un grado de descentralización que facilite el desempeño de sus funciones. La formalización del Órgano de Contralor como organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública, permitirá la más eficaz atención y eficiente resolución de los asuntos de

su competencia, en particular en el ámbito de los servicios asistenciales, optimizando los mecanismos de control y las garantías ciudadanas.---

Denominado Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y creado por el artículo 39 del anteproyecto, en su integración están representados los actores institucionales - el Ministerio de Salud Pública, que lo presidirá, y la academia, a través de las Facultades de Medicina, Psicología y Derecho de la Universidad de la República - y los actores sociales: trabajadores y usuarios de los servicios de salud mental, a quienes se suman los familiares de estos últimos, por el especial papel que les corresponde en el proceso asistencial y de inclusión social de las personas con trastorno mental.---------------------------------

La competencia del órgano, desarrollada en el artículo 40, apunta a la supervisión permanente de las condiciones en que se realiza el proceso asistencial en cualquiera de sus modalidades -ambulatorio, domiciliario, con hospitalización-, lo que incluye recepción y trámite de denuncias de irregularidades, pero también verificaciones presenciales en el momento en que el órgano lo considere conveniente y/o necesario. --

El órgano cuenta con facultades suficientes para requerir intervención judicial cuando lo juzgue pertinente, sin perjuicio de su responsabilidad en el seguimiento de las medidas que en ese ámbito se adopten.---------------------------

En definitiva, de lo que se trata es de contar con una herramienta sólida y eficiente dedicada a garantizar los derechos a la ciudadanía, y que a su vez responda de su gestión ante la autoridad rectora, o sea el Ministerio de Salud Pública. --

Teniendo en cuenta que el contralor debe ejercerse en todo el territorio nacional, en el artículo 42 se establece que la referida Comisión contará para el ejercicio de sus cometidos con el apoyo de las Direcciones Departamentales de Salud del Ministerio de Salud Pública, correspondiendo a la reglamentación determinar las reglas de relacionamiento.------

Asimismo, el anteproyecto prevé que la Comisión fomente el intercambio con otras instancias participativas, institucionales y sociales, que funcionen en territorio, particularmente con aquellas que incluyan la participación de los actores del proceso asistencial en salud mental: trabajadores, usuarios y sus familiares.---------------------------

Capítulo VII:

Disposiciones transitorias

La presente ley sustituye en forma integra a su antecesora, la Nro. 9.581, por lo cual la misma debe ser derogada, al igual que toda otra disposición que se oponga al contenido del anteproyecto.---

Mensaje N°
Ref. N°

Dr. TABARÉ VÁZQUEZ
Presidente de la República
Período 2015 - 2020

PROYECTO DE LEY

CAPITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1º (Objeto): La presente ley tiene por objeto reglamentar, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

ARTÍCULO 2º (Definición): A los efectos de la presente ley, se entiende por salud mental un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos.

La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas, y particularmente de aquellas con trastorno mental.

ARTÍCULO 3º (Principios rectores): Son principios rectores de la protección de la salud mental, concebida como inseparable de la protección integral de la salud:

a) La promoción, con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.

b) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista de la atención.

c) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios.

d) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.

e) La calidad integral del proceso asistencial que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de atención, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud.

f) El reconocimiento de la persona en su integralidad y singularidad biopsicosocial.

g) El logro de las mejores condiciones posibles para la preservación, mejoramiento e inserción social de la persona.

h) La presunción de que el estado de la persona con trastorno mental es modificable.

i) La presunción de la existencia de capacidad y de la ausencia de riesgo para la persona y para terceros.

j) La vinculación de la salud mental al efectivo ejercicio de los derechos al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la cultura y a un medio ambiente saludable.

k) Los demás principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, determinados en los artículos 3 y 4 de la Ley Nro. 18.211 de 5 de diciembre de 2007, que sean aplicables.

ARTÍCULO 4º (Principio de no discriminación). No se presumirá trastorno mental en base exclusiva a:

a) Estatus político, socio-económico o pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso.

b) Solicitudes familiares o laborales.

c) Falta de conformidad o adecuación con los valores prevalentes en la comunidad en que vive la persona.

d) Orientación sexual o identidad de género.

e) Mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

f) Otras características que no estén relacionadas con un diagnóstico profesional basado en la problemática individual, social y cultural de la persona.

ARTÍCULO 5º (Consumo problemático de sustancias psicoactivas): El consumo problemático de sustancias psicoactivas, legales o ilegales, será abordado en el marco de las políticas de salud mental, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

CAPITULO II

DERECHOS

ARTÍCULO 6° (Derechos): La persona con trastorno mental tiene derecho a:

a) Ser tratada con el respeto debido a la dignidad de todo ser humano.

b) Ser percibida y atendida desde su singularidad, con respeto a su diversidad de valores, orientación sexual, cultura, ideología, religión.

c) Ser reconocida siempre como sujeto de derecho, con pleno respeto a su vida privada y libertad de decisión sobre la misma y su salud.

d) Recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.

e) Ser tratada con la alternativa terapéutica indicada para su situación, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

f) Recibir información completa y comprensible inherente a los derechos que la asisten y a los procedimientos terapéuticos incluyendo, en su caso, alternativas para su atención.

g) Tomar, por sí o con la participación de familiares, allegados o representantes legales, decisiones relacionadas con su atención y tratamiento.

h) Solicitar cambio de profesionales o de equipo tratante.

i) Estar acompañada, durante y después del tratamiento, por sus familiares, otros afectos o quien la persona con trastorno mental designe.

j) Acceder a medidas que le permitan lograr la mayor autonomía, así como a las que promuevan su reinserción familiar, laboral y comunitaria. La promoción del trabajo constituye un derecho y un recurso terapéutico.

k) Acceder por sí o a través de sus representantes legales, a su historia clínica.

l) En caso de requerir permanencia en régimen de hospitalización, a ejercer sus derechos y obligaciones como cualquier otra persona usuaria de los servicios de salud del prestador de servicios de salud.

m) Que las condiciones de su hospitalización sean supervisadas periódicamente por la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, que crea el artículo 39 de la presente ley.

n) Ser protegida de todo tipo de explotación, estigmatización, trato discriminatorio, abusivo o degradante.

o) Ejercer su derecho a la comunicación y acceder a actividades culturales.

p) Ser atendida en un ambiente apto, con resguardo de su intimidad y privacidad.

q) Que se preserve su identidad y a no ser identificada o discriminada por un padecimiento mental actual o pasado.

r) No ser objeto de investigaciones clínicas ni de tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente.

s) No ser sometida a trabajos forzados y recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios, que luego sean comercializados.

t) Contar con el beneficio de una asistencia letrada cuando se compruebe que la misma es necesaria para la protección de su persona y/o bienes. Si fueran objeto de una acción judicial, deberá ser sometida a un procedimiento adecuado a sus condiciones físicas y mentales.

u) Los demás inherentes a la persona humana.

CAPITULO III

AUTORIDAD DE APLICACIÒN

ARTÍCULO 7° (Rectoría): Compete al Ministerio de Salud Pública la aplicación de la presente ley, a cuyas prescripciones deberán adaptar su actividad los prestadores de servicios de salud mental públicos y privados.

ARTÍCULO 8° (Plan Nacional de Salud Mental): El Ministerio de Salud Pública, a través del área que designe al

efecto, elaborará y aprobará un Plan Nacional de Salud Mental de acuerdo a lo establecido en la presente ley.

ARTÍCULO 9° **(Formación profesional):** El Ministerio de Salud Pública desarrollará recomendaciones dirigidas al conjunto de instituciones públicas y privadas vinculadas a la formación de profesionales de las disciplinas que participan en la atención de la salud mental, para que sus actividades educativas se ajusten a los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, con especial énfasis en la perspectiva de derechos humanos y salud mental.

Asimismo, promoverá instancias de capacitación y actualización para profesionales en base a los mismos criterios.

ARTÍCULO 10 **(Investigación):** Se promoverá la investigación en salud mental.

Toda investigación que se desarrolle en el campo de la salud mental que involucre a seres humanos, deberá ajustarse estrictamente a la normativa vigente nacional e internacional a la que adhiera el país.

CAPITULO IV

INTERINSTITUCIONALIDAD

ARTÍCULO 11 (Coordinación): El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con los Ministerios de Economía y Finanzas, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Desarrollo Social, Educación y Cultura y otros organismos competentes, promoverá planes y programas que favorezcan la inclusión social de las personas con trastorno mental, revisando y ajustando los ya existentes y/o creando nuevos dispositivos de integración, inserción laboral, acceso a la vivienda, a la educación, a la cultura, al arte y el uso del tiempo libre, entre otros aspectos que concurran al mismo objetivo. Los mismos deberán impulsar la mayor autonomía de las personas con trastorno mental y cambios culturales para evitar su estigmatización.

Las acciones que se implementen contemplarán mecanismos de participación social, en particular de las organizaciones de personas con trastorno mental y de las de sus familiares.

ARTÍCULO 12 (Capacitación e inserción laboral): Las políticas de trabajo de las personas con trastorno mental, incluirán:

a) La inserción laboral de calidad y ajustada al perfil y posibilidades de sostenibilidad de la persona;

b) Facilidades para el ejercicio de una actividad remunerada;

c) Fomento de emprendimientos autónomos, cooperativas de trabajo y similares;

d) Cursos específicos de formación laboral y profesional con certificaciones válidas en el mercado de trabajo abierto; talleres de sensibilización para los trabajadores en general y especiales para los de empleos con apoyo y/o trabajo protegido, entre otras.

Se estimulará el reintegro al lugar de trabajo de las personas que hayan tenido trastorno mental, promoviendo el ajuste razonable de las actividades para favorecer la reincorporación.

ARTÍCULO 13 **(Acceso a vivienda)** Se fomentará un mayor desarrollo del Plan Nacional de Vivienda en apoyo a la integración a la comunidad y promoción de la autonomía de las personas con trastorno mental severo, que incluya:

a) Programas que contemplen una gama de modalidades residenciales, con dispositivos habitacionales que contengan diferentes propuestas entre máxima protección o autonomía.

b) Fortalecimiento de las estrategias del sistema a través de equipos interdisciplinarios de apoyo y referencia.

c) Promoción de la creación de cooperativas de vivienda que integren personas con trastorno mental.

Se implementarán medidas para prevenir la segregación geográfica en la asignación de viviendas y la discriminación en la renta.

ARTÍCULO 14 (Inclusión educativa y cultural) : El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Desarrollo Social y otros organismos competentes, velará porque se favorezca la inserción educativa de las personas con trastorno mental y promoverá y facilitará el acceso de ellas a todas las actividades y expresiones culturales.

CAPITULO V

ABORDAJE

ARTÍCULO 15 (Integralidad de las prestaciones) Las prestaciones de salud mental que apruebe el Ministerio de Salud Pública formarán parte de los programas integrales de salud para su aplicación en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

ARTÍCULO 16 (Niveles de atención) La atención en salud mental se organizará por niveles de complejidad, tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

El Ministerio de Salud Pública establecerá y asegurará los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención, garantizando la integralidad y continuidad del proceso asistencial a lo largo del ciclo vital de la persona.

En el proceso asistencial se integrarán los recursos comunitarios y se procurará la participación de familiares de las personas con trastorno mental.

ARTÍCULO 17 (Ámbito de atención): El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales.

ARTÍCULO 18 (Redes territoriales): Se fomentará el establecimiento de redes territoriales de atención, las que a su vez podrán articular su labor en cada zona con otros recursos existentes que puedan aportar a la promoción y prevención en salud mental.

ARTÍCULO 19 (Equipos interdisciplinarios): Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de equipos interdisciplinarios, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Los equipos básicos del primer nivel de atención constituirán el primer contacto y serán referentes permanentes del proceso asistencial.

ARTÍCULO 20 (Salud y capacitación de recursos humanos) Los trabajadores que integren los equipos asistenciales de salud mental accederán a la protección específica de su propia salud. Se promoverá su capacitación permanente, integrando los distintos saberes que atraviesan el campo de la salud mental, para lo cual se desarrollarán políticas específicas.

ARTÍCULO 21 (Rehabilitación) Las acciones de rehabilitación estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, estar adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión social, laboral y cultural.

ARTÍCULO 22 (Residencias asistidas): Se establecerán programas de residencias asistidas para personas con trastornos mentales severos y persistentes, que tiendan al mejoramiento de su calidad de vida e integración social, con diversos niveles según la autonomía progresiva de la persona.

ARTÍCULO 23 (Consentimiento informado): Se requerirá el consentimiento informado de la persona para todo tipo de intervenciones, el que deberá ser obtenido de conformidad y con las garantías y excepciones dispuestas por el artículo 11 de la Ley Nro. 18.335 de 15 de agosto de 2008, la presente ley y demás normativa aplicable.

Es obligación de los profesionales intervinientes brindar información sobre la naturaleza del trastorno mental, diagnóstico y tratamiento propuesto, beneficios esperados y posibles riesgos de este, eventualidad de hospitalización, condiciones y finalidad de la misma.

La información deberá ser suficiente, continua y en lenguaje comprensible para la persona, teniendo en cuenta su singularidad biopsicosocial y cultural. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de los medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

El consentimiento informado se hará constar en la historia clínica, al igual que la ausencia de él en los casos en que lo autorice la normativa aplicable.

ARTÍCULO 24 (Hospitalización): La hospitalización es considerada un recurso terapéutico de carácter restrictivo, deberá llevarse a cabo sólo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y/o social de la persona y será lo más breve posible.

Se fundará exclusivamente en criterios terapéuticos interdisciplinarios reservándose especialmente para situaciones agudas y procurando que se realice en hospital o sanatorio general.

En ningún caso la hospitalización será indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda.

Durante la hospitalización, se promoverá el mantenimiento de vinculos, contactos y comunicación de las personas hospitalizadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellos casos en que el equipo de salud interviniente lo deniegue por razones terapéuticas debidamente fundadas.

ARTÍCULO 25 (Extensión de la cobertura): La hospitalización no estará sujeta a límites temporales de cobertura, cualquiera que sea la edad de la persona usuaria. El Poder Ejecutivo establecerá los plazos para su implementación en el Sistema Nacional Integrado de Salud pudiendo prever una instrumentación gradual de lo dispuesto precedentemente.

ARTÍCULO 26 (Modalidades de hospitalización): Se implementarán diversas modalidades de hospitalización, según las necesidades de la persona con trastorno mental y las posibilidades de la familia y allegados, tales como: hospitalización a tiempo completo, hospitalización parcial diurna o nocturna, hospitalización domiciliaria.

ARTÍCULO 27 (Requisitos previos): Toda indicación de hospitalización deberá cumplir con los siguientes requisitos:

a) Evaluación, diagnóstico y motivos que la justifican, con la firma de un profesional médico.

b) Obtención del consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda, tramitado según lo dispuesto en el artículo 23 de la presente ley.

ARTÍCULO 28 (Hospitalización voluntaria): Cuando profesionalmente se determine la conveniencia de tratar a la persona con trastorno mental a través de hospitalización, se alentará su ingreso voluntario, brindándole oportunidad de elección entre posibles alternativas.

La persona hospitalizada voluntariamente podrá, en cualquier momento, decidir por sí misma el abandono de la hospitalización.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, al momento de gestionar el consentimiento informado para la hospitalización, se le debe hacer saber a la persona que los profesionales intervinientes podrán impedir su externación si se dieran las condiciones para una hospitalización involuntaria que se establecen en el artículo 30 de la presente ley.

ARTÍCULO 29 (Deber de notificación) : El Director Técnico del prestador de salud a cargo deberá comunicar a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental las hospitalizaciones voluntarias que se prolonguen por más de 45 (cuarenta y cinco) días corridos, dentro de las 72 (setenta y dos) horas de vencido dicho plazo.

ARTÍCULO 30 (Hospitalización involuntaria): La persona sólo podrá ser hospitalizada involuntariamente o retenida en un prestador en el que ya hubiera sido admitida como usuaria voluntaria, cuando:

a) Por un trastorno mental presente, exista riesgo grave de daño inmediato o inminente para la persona o para terceros.

b) Cuando el trastorno mental sea severo, esté afectada su capacidad de juicio, y el hecho de no hospitalizarla pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo pueda aplicarse mediante la hospitalización.

ARTÍCULO 31 (Formalidades para hospitalización involuntaria): La hospitalización involuntaria de una persona con trastorno mental sólo podrá tener fines terapéuticos y se ajustará a las siguientes formalidades:

a) Declaración firmada por el familiar más cercano, allegado o representante legal si lo hubiera, solicitando su hospitalización y expresando su conformidad con la misma.

Si no hubiera familiar, allegado ni representante legal, o habiéndolos se negaran a consentir la hospitalización y se dieran los supuestos del artículo 30 de la presente ley, se podrá realizar cumpliendo únicamente con el dictamen

profesional a que refiere el inciso siguiente del presente artículo.

b) Dictamen profesional del servicio de salud que realice la hospitalización, determinando la existencia de los supuestos establecidos en el artículo 30 de la presente ley, firmado por dos profesionales médicos que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser especialista en psiquiatría. En el abordaje terapéutico posterior deberá intervenir un equipo interdisciplinario.

c) Informe sobre las instancias previas implementadas, si las hubiere.

ARTÍCULO 32 (Carga de la notificación): Toda hospitalización involuntaria deberá ser notificada por el Director Técnico del prestador a cargo, a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y al juez competente dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes, con los fundamentos que sustenten la misma y las constancias a que refiere el artículo 31 de la presente ley.

La Comisión y el juez podrán requerir, en caso de considerarlo necesario, información ampliatoria a los profesionales tratantes o indicar peritajes externos que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a confirmar los supuestos que justifiquen la medida.

ARTÍCULO 33 (Hospitalización por orden judicial): El juez competente podrá disponer una hospitalización involuntaria cuando cuente con informe médico que la justifique.

El juez podrá, en cualquier momento, pedir al prestador a cargo de la hospitalización información sobre el curso del proceso asistencial, a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de la medida.

Cuando el prestador entienda que están dadas las condiciones para el alta y externación de la persona, su Director Técnico deberá notificarlo a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y al juez. El juez deberá expedirse al respecto en un plazo no mayor a 3 (tres) días hábiles a contar desde el día siguiente al de la notificación.

ARTÍCULO 34 (Hospitalización de niños y adolescentes): El juez sólo podrá disponer la hospitalización involuntaria de niños y adolescentes de conformidad con lo dispuesto por el artículo 121 de la Ley Nro. 17.823 de 7 de setiembre de 2004, en la redacción dada por el artículo 323 la Ley Nro. 19.149 de 24 de octubre de 2013.

ARTÍCULO 35 (Notificación de hospitalización por orden judicial): En todos los casos de hospitalizaciones por orden judicial, el Director Técnico del prestador a cargo deberá notificar, dentro de las primeras 24 (veinticuatro) horas de

realizadas, a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental.

<u>Artículo 36</u> (Alta, externación y permisos de salida): El alta, externación y permisos de salida son facultad del equipo tratante, sin perjuicio de los derechos de la persona hospitalizada voluntariamente y de las competencias del juez respecto de hospitalizaciones ordenadas por él.

<u>ARTÍCULO 37</u> (Desinstitucionalización): Se impulsará la des institucionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas.

Se entiende por estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, casas u hogares asistidos y/o de medio camino y centros de rehabilitación e integración psicosocial.

Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y, en general, cualquier otra restricción y/o privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales.

ARTÍCULO 38 (Establecimientos asilares y monovalentes): Queda prohibida la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados, en los plazo que establezca la reglamentación. Los ya existentes deberán adaptar su funcionamiento a las prescripciones de esta ley, hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos, de acuerdo a los que establezca la reglamentación.

Queda igualmente prohibida, a partir de la vigencia de la presente ley, la internación de personas con trastorno mental en los establecimientos asilares existentes.

CAPITULO VI:

ORGANO DE CONTRALOR

ARTÍCULO 39 (Creación): Créase la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública, con los cometidos que le atribuye la presente ley.

ARTÍCULO 40 (Cometidos): Son cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental:

a) Controlar, en todo el territorio nacional, el cumplimiento de la presente ley, particularmente en lo que

refiere al resguardo del ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas con trastorno mental.

b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de las personas hospitalizadas por razones de salud mental y en dispositivos residenciales, públicos y privados, incluyendo las de las sujetas a procedimientos judiciales derivadas a cualquiera de ellos.

c) Requerir a las entidades públicas y privadas del Sistema Nacional Integrado de Salud, información que permita evaluar las condiciones en que se realiza la atención en salud mental.

d) Controlar que las hospitalizaciones no se prolonguen más allá del tiempo mínimo necesario para cumplir con los objetivos terapéuticos y que las involuntarias se encuentren debidamente justificadas.

e) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de incapacidad e inimputabilidad y durante la vigencia de dichas declaraciones.

f) Visitar e inspeccionar periódicamente los establecimientos públicos y privados donde se realicen hospitalizaciones de personas con trastorno mental, en los términos que establezca la reglamentación.

g) Recibir y dar trámite a las denuncias respecto del funcionamiento de los servicios de salud mental realizadas por usuarios, sus familiares, los demás actores involucrados en el proceso asistencial y terceros.

h) Requerir la intervención judicial ante situaciones del proceso asistencial que no se ajusten a las disposiciones de la presente ley y su reglamentación.

i) Hacer recomendaciones al Ministerio de Salud Pública y participar en las instancias de discusión sobre normativa aplicable a la atención de la salud mental.

j) Informar al Ministerio de Salud Pública, con la periodicidad que determine la reglamentación, sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes.

k) Llevar un registro sistematizado de sus actuaciones en cumplimiento de la presente ley, que incluya los resultados de las mismas.

l) En coordinación con la Institución Nacional de Derechos Humanos, difundir en la comunidad, con la mayor amplitud posible, información sobre las normas aplicables a la atención en salud mental, particularmente las que refieren a los derechos humanos de las personas con trastorno mental, así como sobre los dispositivos para la protección de los mismos a nivel nacional e internacional.

m) Dictar su reglamento interno de funcionamiento.

n) Los demás que le encomiende el Ministerio de Salud Pública.

ARTÍCULO 41 **(Integración):** La Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tendrá carácter honorario, sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo y estará compuesta por:

a) Dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales la presidirá.

b) Tres miembros representantes de la Universidad de la República designados uno de ellos a propuesta de la Facultad de Medicina, otro a propuesta de la Facultad de Psicología y otro a propuesta de la Facultad de Derecho. Se observará que todos ellos estén vinculados a la temática de la presente ley.

c) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los trabajadores de la salud mental.

d) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de las personas con trastorno mental.

e) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los familiares de las personas con trastorno mental.

Por cada representante titular, se designará un alterno.

ARTÍCULO 42 **(Descentralización)**: Los cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tienen alcance nacional. Para su efectiva ejecución en ese ámbito contará con el apoyo de las Direcciones Departamentales de Salud del Ministerio de Salud Pública. La reglamentación determinará su forma de relacionamiento.

Asimismo, la Comisión fomentará la articulación en el territorio con otras instancias participativas del ámbito sanitario y social, particularmente de aquellas que incluyan a

organizaciones de trabajadores de la salud mental, de usuarios de los respectivos servicios y de sus familiares.

ARTÍCULO 43 (Duración del mandato): La duración del mandato de los representantes titulares y alternos será de 2 (dos) años, contados a partir de la fecha en que asuman sus respectivos cargos.

ARTÍCULO 44 (Quorum): Para sesionar, la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental requerirá la presencia de cinco de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del cuerpo. En caso de empate, el voto del Presidente se computará doble.

ARTÍCULO 45 (Competencia del presidente) : Compete al Presidente de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental:

a) Presidir las sesiones de la Comisión.

b) Ejecutar las resoluciones de la Comisión.

c) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Comisión, dando cuenta de ellas a la misma en la primera sesión posterior y estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad, será necesario el voto de por lo menos seis de los miembros de la Comisión.

d) Representar al organismo y suscribir todos los actos en que intervenga el mismo.

e) Las demás tareas que le sean encargadas por la Comisión.

CAPITULO VII

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

ARTÍCULO 46 (Derogaciones): Derógase la Ley Nro. 9.581 de 8 de agosto de 1936 y demás disposiciones que se opongan a lo establecido en la presente ley.

Disposiciones citadas

Ley Nº 9.581, de 8 de agosto de 1936

PSICOPATAS

SE ORGANIZA LA ASISTENCIA

CAPITULO I

Sobre organización de la asistencia de psicópatas

Artículo 1º.- Todo enfermo psíquico recibirá asistencia médica y podrá ser atendido -en su domicilio privado o en otra casa particular- , en un establecimiento psiquiátrico privado o en un establecimiento psiquiátrico oficial, cuya organización técnica se ajustará a los reglamentos que se dicten.

Artículo 2º.- Deben proveer a la asistencia de los enfermos psíquicos las familias o los encargados de los mismos y cuando no puedan atender las exigencias del tratamiento, solicitarán los servicios del Ministerio de Salud Pública.

Artículo 3º.- Las disposiciones de la presente ley se aplicarán a todo enfermo de afección mental, cualquiera fuera el lugar en que se tratare.

CAPITULO II

De la asistencia psiquiátrica y sus formas

Artículo 4º.- Se entiende por establecimiento psiquiátrico: todo sanatorio o casa de salud sostenido por particulares o sociedades (laicas o religiosas) donde se asista más de un psicópata. Deberá estar a cargo de un director que será médico, con autorización oficial para el ejercicio de la profesión.

Artículo 5º.- Cuando la Facultad de Medicina reglamente la especialización de médico-psiquiatra, la dirección de esos establecimientos deberá estar a cargo de un médico de esa especialidad.

Artículo 6º.- La construcción y organización técnica de cada establecimiento psiquiátrico deberán ser ajustadas a los reglamentos que se dicten con sujeción a los principios, generalmente adoptados, de la ciencia psiquiátrica moderna.

Artículo 7º.- Ningún establecimiento particular podrá funcionar sin autorización expresa del Ministerio de Salud Pública, que fijará las condiciones que deban reunir a fin de asegurar la separación de sexos, edades, géneros y grados de afección de los enfermos que allí se asistan y podrá disponer su

clausura cuando no funcionen en las condiciones requeridas por la presente ley.

Artículo 8º.- Los propietarios de los establecimientos actuales al ser promulgada la presente ley, dispondrán de un plazo de seis meses para poner su establecimiento en las condiciones legales.

Artículo 9º.- La asistencia oficial de psicópatas se hará de acuerdo con el sistema siguiente:

A) Por dispensarios psiquiátricos.

B) Por hospitales psiquiátricos.

C) Por asilos, colonia y servicios especializados.

D) Por la asistencia familiar.

Artículo 10.- Los establecimientos psiquiátricos oficiales, donde se internen psicópatas, deberán ser mixtos, con un servicio abierto y un servicio cerrado.

A) Se entiende por servicio abierto el dedicado a la asistencia de enfermos neurósicos o psíquicos que ingresen voluntariamente con arreglo al artículo 14, inciso A) de la presente ley y de los enfermos psíquicos ingresados por indicación médica, previas las formalidades que señala el artículo 15 y que no presenten manifestaciones antisociales o signos de peligrosidad.

B) Se entiende por servicio cerrado el dedicado a la asistencia de los enfermos ingresados contra su voluntad por indicación médica, o de orden policial o judicial, en estado de peligrosidad o con manifestaciones antisociales.

CAPITULO III

De la asistencia domiciliaria

Artículo 11.- El médico encargado de asistir a un psicópata en su domicilio o en otro domicilio particular, cuando dicha asistencia obligue a la imposición de medidas restrictivas de la libertad, exigidas por la necesidad del tratamiento o por sus reacciones antisociales, deberá comunicar el caso a la Inspección General de Psicópatas dentro de las veinticuatro horas, en un certificado en que se expondrá, además de todos los datos relativos a la filiación del paciente, su sintomatología y resultado de la exploración somática y psíquica, sin que sea necesario establecer un diagnóstico clínico. Si pasados sesenta días el enfermo no ha curado, el médico asistente deberá comunicar la

marcha de la enfermedad a la Inspección General de Psicópatas, una vez cada dos meses, y de inmediato la curación o el fallecimiento.

Artículo 12.- El Director de un establecimiento particular deberá llevar un registro que pondrá a disposición del Inspector General de Psicópatas cada vez que éste lo solicite, en que conste la filiación completa e historia clínica de cada enfermo allí internado, así como las observaciones dignas de ser anotadas(Reacciones suicidas, homicidas, etcétera).

CAPITULO IV

De la admisión de enfermos psíquicos en los establecimientos psiquiátricos oficiales o privados

Artículo 13.- Todo enfermo psíquico podrá ingresar en un establecimiento psiquiátrico oficial o privado, en las siguientes condiciones:

A) Por propia voluntad.

B) Por indicación médica.

C) Por disposición judicial o policial.

Artículo 14.- El ingreso voluntario de todo enfermo psíquico exige:

A) La constancia de admisión del médico que lo recibe.

En esta constancia se expondrán los antecedentes, sintomatología y resultado del examen del enfermo, sin que sea necesario establecer un diagnóstico clínico.

B) Una declaración del propio paciente o de su representante legal, en la que se indique su deseo de ser tratado en el establecimiento elegido, todo sin perjuicio de lo que estatuye el artículo 27.

C) La admisión del enfermo por el director-médico del establecimiento.

D) Los enfermos que ingresen voluntariamente a un establecimiento de asistencia de psicópatas, no figurarán en el Registro General de Psicópatas.

Artículo 15.- La admisión por indicación médica, o sea involuntaria, de un enfermo psíquico, sólo podrá ser un medio de tratamiento y nunca de privación correccional de la libertad, y se ajustará a las siguientes formalidades:

A) Una constancia de admisión del médico que lo recibe.

En esta constancia se pondrán los antecedentes, sintomatología y resultado del examen del enfermo, sin que sea necesario establecer un diagnóstico clínico.

B) Una declaración firmada por el pariente más cercano del paciente o su representante legal, o por las personas mayores de edad que convivan con el enfermo, si no tiene parientes próximos, en la que se indique expresamente su conformidad y solicitando su ingreso directamente del director-médico del establecimiento.

En dicha declaración se hará constar también las permanencias anteriores del enfermo psíquico en establecimientos psiquiátricos, en sanatorios o aislamientos privados.

C) Un certificado de enfermedad psíquica expedido por dos médicos.

Los médicos ajenos al establecimiento psiquiátrico, donde es admitido el enfermo, que expidan la certificación de enfermedad psíquica, no podrán ser parientes, dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad de la persona que formule la petición, de ninguno de los médicos del establecimiento donde deba efectuarse la observación y tratamiento, ni del propietario o administrador.

La admisión del enfermo deberá efectuarse en un período de tiempo que no pase de diez días, contados a partir de la fecha del certificado médico.

Antes de transcurridas veinticuatro horas de la admisión del enfermo en el establecimiento, el médico-director está obligado a comunicar a la Inspección General de Psicópatas la admisión del enfermo, remitiendo una nota resumen de todos los documentos indicados en los párrafos anteriores y motivos del ingreso. Todo sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 27. El Inspector General de Psicópatas procederá a realizar el reconocimiento del enfermo e incorporará los informes recibidos al Registro General de Psicópatas.

Artículo 16.- Cuando un enfermo ingresado voluntariamente presente, a consecuencia del avance de su enfermedad psíquica, signos de pérdida de la libre determinación de su voluntad y de la autocrítica de su estado morboso, o manifestaciones de auto o hetero peligrosidad, el director del establecimiento deberá ponerse de acuerdo con la familia o representantes legal del enfermo para disponer que se extiendan urgentemente los certificados y modificaciones oficiales correspondientes que señala el artículo 15 para los enfermos ingresados por prescripción médica, dando cuenta antes de las veinticuatro horas al Inspector General de Psicópatas a quien le será remitida una nota-resumen de todos los documentos tal como lo requiere el artículo 15 para ingreso de todos los enfermos de reclusión involuntaria.

Artículo 17.- En caso de urgencia el enfermo podrá ser admitido inmediatamente bajo la responsabilidad del médico-director del establecimiento, el cual en el término de veinticuatro horas, comunicará al Inspector General de Psicópatas el ingreso del enfermo, acompañando un certificado en el cual se hagan constar las razones de la urgencia del caso. Este certificado podrá ser extendido por uno de los médicos del establecimiento o por otro ajeno a éste debidamente legalizado; en el primer caso deberá, dentro de los tres días siguientes al del ingreso, ser ampliado por otro, firmado por psiquiatra ajeno al establecimiento o en su defecto, por un médico general. Siempre deberá completarse con los demás requisitos legales mencionados en el artículo 15 referente a ingreso involuntario. El Inspector General de Psicópatas en este caso, procederá también al tenor de lo dispuesto en el expresado artículo 15.

Artículo 18.- Cada vez que el Inspector General de Psicópatas lo considere oportuno o conveniente podrá, sin previo aviso comprobar la situación en cada uno de los pacientes dentro de los establecimientos atendiendo a las posibles denuncias sobre internamiento indebido y transmitiéndolas en su caso al Juzgado correspondiente, para la determinación de las responsabilidades en que se hubiere incurrido y que señala el Código Penal.

Artículo 19.- Cuando un enfermo psíquico pase a asistirse de un establecimiento psíquico a otro sean públicos o privados, la dirección del establecimiento de donde procede el enfermo, deberá remitir al establecimiento a donde sea trasladado una copia del certificado del ingreso (artículo 15, inciso A), y un resumen del curso de la enfermedad observado durante la estancia del paciente en el citado establecimiento.

Artículo 20.- La admisión urgente por disposición policial con fines de observación del presunto enfermo, sólo podrá hacerse en los casos de alienación mental que comprometa el orden público. Será dispuesta por autoridad policial y tendrá lugar cuando a juicio de un médico el enfermo se halle en estado de peligrosidad para sí o para los demás, o cuando a consecuencia de la enfermedad psíquica haya peligro inminente para la tranquilidad, la moral pública, la seguridad o la propiedad pública o privada, incluso la del propio enfermo. No podrá prolongarse más de un día sin que sea justificada por el certificado del médico-director del establecimiento, o por la del médico forense correspondiente y con arreglo a las formalidades estatuidas en el artículo 15, que se cumplirán como en los casos de urgencia.

Artículo 21.- Todo enfermo mental indigente o de escasos medios de fortuna o que carezca de protección familiar, y cuya psicosis exija por su peligrosidad un rápido ingreso en un establecimiento psiquiátrico, será admitido

sin dilación alguna en los Departamentos de observación, y será considerado como un caso de urgencia, con arreglo al artículo 17.

Artículo 22.- Los enfermos mentales procedentes de campaña que por disposición policial sean remitidos al Hospital de Alienados de la Capital y deban permanecer unos días en las capitales de los Departamentos mientras se corren los trámites correspondientes, serán asistidos, si ello es posible, en una sección de observación de los Centros Departamentales de Salud Pública.

Artículo 23.- Cuando se trate de enfermos psíquicos ingresados por orden judicial, deberá igualmente acreditarse su envío, mediante un informe médico ordenado por la autoridad que dispone su ingreso, en el cual se indique con detalle preciso, los resultados del informe psiquiátrico a que han sido sometidos con anterioridad por uno o diversos médicos, a los efectos de las disposiciones judiciales aplicadas.

En caso de urgencia, a juicio de la propia autoridad judicial, se podrá prescindir del previo informe médico establecido por este artículo.

Artículo 24.- Toda persona mayor de edad y de conocimiento de la respectiva autoridad policial o judicial, podrá solicitar de cualquiera de éstas orden de ingreso forzoso de un enfermo psíquico en un establecimiento psiquiátrico.

En caso de no ser el denunciante de conocimiento de la autoridad interviniente, deberá presentar dos testigos hábiles para establecer su identidad y capacidad.

El procedimiento se tramitará de oficio, en papel simple y libre de todo gravamen con la mayor urgencia.

Bastará la petición para decretarse la observación, previo informe médico, reclamado con urgencia de los funcionarios sanitarios por la autoridad ante quien se formule la solicitud.

No existiendo petición, la autoridad que tenga convencimiento de un caso comprendido en el artículo 22, procederá de oficio a decretar la observación, previo el informe de que habla el párrafo anterior. En casos de notoria urgencia por inmediata peligrosidad, se podrá ordenar el ingreso por indicación policial sin informe previo y con arreglo a los artículos 18 y 20, dando cuenta, dentro de las veinticuatro horas, al Inspector General de Psicópatas y al Juez respectivo.

La denuncia maliciosa que motive la internación de una persona en un establecimiento psiquiátrico, será penada con multa de 500 a 1.000 pesos o prisión equivalente.

Artículo 25.- Los médicos-directores de los establecimientos psiquiátricos podrán delegar su cometido en los otros médicos del establecimiento en caso de ausencia o enfermedad.

Artículo 26.- Todo médico que se haga cargo de la asistencia de un enfermo mental y ésta tome el carácter de aislamiento involuntario en asistencia privada o familiar organizada, lo comunicará al Inspector General de Psicópatas, dentro de las veinticuatro horas siguientes a su intervención médica, notificando que se han tomado las medidas convenientes de custodia. Quienes tengan potestad sobre un enfermo psíquico peligroso y aún los guardadores de hecho que, a pesar de los consejos médicos no hayan tomado las medidas de previsión correspondientes (internamiento, vigilancia particular), son responsables civilmente de las acciones delictivas del enfermo contra la vida y bienes de terceros.

Artículo 27.- En todos los casos de internación involuntaria de psicópatas y todos aquellos en que la asistencia voluntaria se transforma en compulsiva, el médico-director del establecimiento deberá dar cuenta de ello dentro de las veinticuatro horas al Juez competente. La misma obligación tendrá todo médico que se haga cargo de la asistencia de un enfermo mental y ésta tome el carácter de aislamiento involuntario en asistencia privada u organizada.

Artículo 28.- Los médicos, inspector, directores o médicos particulares a que se hace referencia en el artículo anterior, que no cumplieren los requisitos que se imponen, serán penados con multa de 100 a 500 pesos, sin perjuicio de la responsabilidad civil a que hubiere lugar.

CAPITULO V

De la salida de los enfermos psíquicos de los establecimientos psiquiátricos públicos o privados

Artículo 29.- La salida o alta de un enfermo mental tendrá lugar:

A) De los enfermos ingresados voluntariamente o por indicación médica o por disposición policial y cuando con respecto a ellos no se hayan adoptado medidas restrictivas de su libertad, cuando ellos o sus familiares o su representante legal lo soliciten, o cuando el médico que lo asiste considere que ha cesado la necesidad de su hospitalización.

B) De los enfermos ingresados por los mismos procedimientos a que se refiere el inciso anterior, pero frente a los cuales se han adoptado medidas restrictivas de su libertad, solamente cuando a juicio del médico que lo asiste, hayan perdido su peligrosidad.

C) De los enfermos ingresados por orden judicial o que fueren sometidos más tarde a Juez solamente cuando lo disponga la autoridad competente a la que se comunicará por intermedio del Inspector General de Psicópatas, periódicamente, el estado del enfermo y la necesidad del alta, cuando así se considere conveniente.

Artículo 30.- En cualquier caso debe autorizarse el traslado de un enfermo a otro establecimiento público o privado, o para ser colocado en asistencia domiciliaria, cuando así lo soliciten las personas con derecho para hacerlo; debiendo el Inspector General de Psicópatas controlar el estricto cumplimiento del traslado que no tendrá en ningún caso el carácter de alta, ni hará perder al enfermo si la tuviere la calificación establecida en el artículo 13 de la presente ley.

Artículo 31.- La salida de un enfermo sólo podrá ser autorizada por el médico asistente. Los guardadores o el representante legal del enfermo podrán recurrir, ante una negativa de alta solicitud al médico, al Inspector General de Psicópatas, que la someterá al dictamen de la comisión honoraria, quien establecerá si corresponde o no levantar la calificación establecida en el artículo 13 y conceder el alta solicitada. Si por razones terapéuticas debe asegurarse la continuidad de una forma de asistencia o de tratamiento determinado, el médico asistente pondrá el hecho en conocimiento del Inspector General de Psicópatas que dará intervención, cuando corresponda, a las autoridades judiciales.

Artículo 32.- A todo enfermo psíquico, comprendido en el artículo 13 que sea dado de alta de un establecimiento psiquiátrico, se le otorgará por el médico asistente, un certificado que así lo haga constar. El Director de todo establecimiento psiquiátrico comunicará, dentro de las veinticuatro horas al Inspector General de Psicópatas, las altas de los psicópatas y circunstancias en que ellas se efectúan, así como también las defunciones.

Artículo 33.- En caso de fuga, se notificará ésta a la autoridad policial para que proceda a la busca del enfermo y su reingreso en el establecimiento. Se notificará, igualmente, de la fuga, al Inspector General de Psicópatas.

Artículo 34.- Cuando el médico-director de un establecimiento psiquiátrico oficial o privado lo considere oportuno, podrá conceder como ensayos alta o licencias temporales, que no podrán exceder de tres meses. En casos excepcionales también podrá conceder licencias provisionales de una duración máxima de dos años al final de cuyo plazo se canjearán por el alta

extendida en documento especial por el Director. Las condiciones de estos permisos o altas provisionales son:

A) Los enfermos que salen del establecimiento en estas condiciones podrán ser readmitidos sin formalidades de ninguna clase.

B) Sus guardadores están obligados a remitir al médico-director del establecimiento, o en su defecto a la Inspección General de psicópatas, en caso de cambio de médico, una relación mensual del estado del enfermo.

C) No podrán negarse los guardadores del paciente a que éste pueda ser visitado por el personal médico del establecimiento o sus representantes si el Director del mismo lo estimase oportuno para el buen conocimiento de la psicosis del paciente.

Artículo 35.- Si la familia de un enfermo dado de alta o con licencia temporal no se presentase a recogerlo en término de cuatro días siguientes a la notificación, podrá aquél ser entregado a la autoridad competente para que sea conducido a su residencia familiar.

Artículo 36.- El reingreso de todo enfermo psíquico dado de alta definitiva, exigirá los mismos requisitos que el ingreso (artículo 13).

Artículo 37.- La organización interior de cada establecimiento en lo que a las relaciones de los enfermos con terceros se refiere, queda al prudente criterio del director-médico del establecimiento, así como la forma y técnica de la asistencia prestada a aquél. Dicha organización será especificada convenientemente en el Reglamento propio del establecimiento según dispone el artículo 7° de la presente ley.

CAPITULO VI

De la Inspección General de la Asistencia de los Psicópatas

Artículo 38.- La inspección general y vigilancia de la asistencia particular y oficial de enfermos psíquicos de todo el país dependerá del Ministerio de Salud Pública y estará a cargo de un Inspector General de Psicópatas.

Artículo 39.- Las funciones que por la presente ley se asignan al Inspector General de Psicópatas serán desempeñadas por el actual Inspector General de Alienados, Director de los Establecimientos de Alienados.

Las vacantes que de este cargo se produzcan, se proveerán por concurso.

Artículo 40.- Las funciones de Inspector General de Psicópatas serán incompatibles con la asistencia profesional privada de psicópatas y la dirección de establecimientos particulares para el tratamiento de los mismos.

Artículo 41.- Corresponde al Inspector General de Psicópatas:

A) La inspección general y vigilancia de la asistencia oficial y particular de los psicópatas de todo el país, así como todos los cometidos de la higiene mental.

B) Formar un registro general de los psicópatas de todo el país, en asistencia oficial o privada, con los datos que le enviarán los médicos respectivos y directores de establecimientos, salvo los casos previstos en el artículo 14.

C) Visitar e inspeccionar en detalle los establecimientos de psicópatas oficiales y particulares, una vez cada tres meses y además siempre que lo juzgue conveniente.

D) Cada vez que lo considere oportuno podrá comprobar la situación de los enfermos que se hallen en aislamiento privado sea en su domicilio o en otra casa particular.

E) Dirigir advertencias y proponer sanciones contra los médicos o directores de establecimientos que incurran en omisiones respecto a las disposiciones de esta ley de acuerdo con lo que resuelva la Comisión Honoraria.

F) Informar las solicitudes que se presenten, referentes a la apertura de nuevos establecimientos, así como los proyectos de reglamentación interna que presente el médico-director de estos establecimientos.

G) Recibir y dar trámite a todas las denuncias sobre deficiencias de tratamientos.

H) Dar cuenta a la justicia ordinaria en los casos de despojo, secuestro arbitrario e internamientos indebidos de psicópatas.

I) Elevar anualmente al Ministerio de Salud Pública una Memoria detallada sobre la marcha de los establecimientos y asistencia de los psicópatas de todo el país, formulando las observaciones que la inspección le sugiera.

J) Intervenir en los casos de altas reclamadas por los guardadores o representantes legales de un enfermo y rehusadas por el médico asistente, procediendo según el artículo 31.

K) Vigilar y reglamentar las organizaciones públicas o privadas de asistencia familiar y propiciar la organización de patronatos para la protección de los enfermos que salgan de los establecimientos psiquiátricos.

CAPITULO VII

De la Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas

Artículo 42.- Créase la comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas para los fines que se establecen en la presente ley.

Artículo 43.- Dicha Comisión estará integrada por los miembros que a continuación se expresa: el Inspector General de Psicópatas, como miembro asesor; un delegado designado por la Sociedad de Psiquiatría; el Profesor de Medicina Legal de la Facultad de Derecho, nombrado por el Consejo de esta Facultad; un Profesor de Psiquiatría, de la Facultad de Medicina, designado por la misma; el Abogado Asesor de Legislación Sanitaria del Ministerio de Salud Pública y el Fiscal de lo Civil que designará el Poder Ejecutivo.

Artículo 44.- Corresponde a esta Comisión:

A) Entender en todas las omisiones o las faltas señaladas por el Inspector General, en los establecimientos privados, elevando informe al Ministerio de Salud Pública.

B) Entender en todos los casos en que el representante legal, los guardadores o parientes de los enfermos gestionen el alta del psicópata, y en los cuales se hayan producido diferencias de criterio respecto de esa alta.

C) Opinar sobre todas las cuestiones que le sean sometidas por el Ministerio de Salud Pública o por el Inspector General de Psicópatas.

D) Presentar las iniciativas que considere oportunas para la mejor asistencia de los psicópatas.

Artículo 45.- Esta Comisión tendrá su sede en el Ministerio de Salud Pública, el que la proveerá de personal y elementos que requiera para el regular cumplimiento de sus cometidos, sin que ello signifique la creación de nuevas erogaciones.

CAPITULO VIII

Disposiciones complementarias

Artículo 46.- Toda persona encargada de la asistencia de un psicópata debe suministrar las informaciones conducentes que sobre el enfermo le solicite la Inspección General de Psicópatas y deberá permitir las visitas inspeccionarias que éste disponga.

Artículo 47.- Deróganse todas las disposiciones que se opongan a cualquiera de las prescripciones establecidas en la presente ley.

Artículo 48.- Comuníquese, etc.

Referencias expresas

Ley Nº 15.032, 7 de julio de 1980

CODIGO DEL PROCESO PENAL

CAPITULO III

De la competencia

SECCION I

De la competencia por razón de la materia

Artículo 35*. (Competencia de los Juzgados Letrados de Primera Instancia).- Los Juzgados Letrados de Primera Instancia en lo Penal y los Juzgados Letrados de Primera Instancia de los departamentos del interior conocen:*

A) En el sumario y el plenario de los Procesos por delitos que la ley no atribuye a otros Tribunales;

B) En los casos en que la ***ley 9.581****, de 8 de agosto de 1936, establece la intervención judicial.*

Ley Nº 16.170, 28 de diciembre de 1990

PRESUPUESTO NACIONAL DE SUELDOS, GASTOS E INVERSIONES

INCISO 12

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Artículo 426.- *Créase el cargo de Inspector General de Psicópatas dentro del escalafón A Profesional, grado 21, en la unidad ejecutora 001, "Administración Superior" del programa 001, "Administración Superior", a que hace referencia la* ***Ley Nº 9.581***, *de 4 de agosto de 1936.*

Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007

Sistema Nacional Integrado de Salud

Artículo 3º.-Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud:

A) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.

B) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.

C) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.

D) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.

E) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.

F) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.

G) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.

H) La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.

I) La participación social de trabajadores y usuarios.

J) La solidaridad en el financiamiento general.

K) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.

L) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Artículo 4º.- El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes objetivos:

A) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

B) Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.

C) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.

D) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.

E) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.

F) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.

G) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.

H) Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.

Ley Nº 18.335, de 15 de agosto de 2008

PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Artículo 11.- Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento.

El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud.

Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica.

En la atención de enfermos siquiátricos se aplicarán los criterios dispuestos en la **Ley Nº 9.581**, de 8 de agosto de 1936, y las reglamentaciones que en materia de atención a la salud mental dicte el Ministerio de Salud Pública.

Código de la Niñez y Adolescencia

Aprobado por Ley Nº 17.283, de 7 de setiembre de 2004

CAPITULO XI

I - Protección de los derechos amenazados o vulnerados de los niños y adolescentes y situaciones especiales

Artículo 121.- (Medidas en régimen de internación sin conformidad del niño o adolescente).- El Juez solamente podrá ordenar la internación compulsiva en los siguientes casos:

A) Niño o adolescente con patología psiquiátrica.

B) Niño o adolescente que curse episodios agudos vinculados al consumo de drogas.

C) Niño o adolescente necesitado de urgente tratamiento médico destinado a protegerlo de grave riesgo a su vida o su salud.

En todos los casos deberá existir prescripción médica. El plazo máximo de la internación será de treinta días prorrogables por períodos de igual duración mediando indicación médica hasta el alta de internación.

Cuando el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay constate que un niño o adolescente pone en riesgo inminente la vida o integridad física suya o de otras personas, solicitará al Juez competente la aplicación de estas medidas, previa indicación médica.

***Fuente**: Redacción dada por Ley Nº 19.149 de 24/10/2013*

artículo 323.

Carp. n.º 426/2015 - rep. n.º 354/2016 Anexo I

Comparativo entre el proyecto de ley del Poder Ejecutivo y el aprobado por la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores

CAPÍTULO I **DISPOSICIONES GENERALES** **Artículo 1º.- (Objeto).** La presente ley tiene por objeto reglamentar, *en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud,* el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental. Sus disposiciones son de orden público e interés social.	**CAPÍTULO I** **DISPOSICIONES GENERALES** **Artículo 1º. (Objeto).-** La presente ley tiene por objeto **garantizar** el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental *en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.* Sus disposiciones son de orden público e interés social.
Artículo 2º.- (Definición). A los efectos de la presente ley, se entiende por salud mental un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos. La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas, y particularmente de aquellas con trastorno mental.	**Artículo 2º. (Definición).-** A los efectos de la presente ley, se entiende por salud mental un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos. La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental.

	Se define el trastorno mental como la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación social o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberán incluirse en la noción de trastorno.
Artículo 3°.- (Principios rectores). Son principios rectores de la protección de la salud mental, concebida como inseparable de la protección integral de la salud: a) La promoción, con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.	**Artículo 3°. (Principios rectores).-** Son principios rectores de la protección de la salud mental, concebida como inseparable de la protección integral de la salud: a) **Reconocer a la persona de manera integral, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales como constituyentes y determinantes de su unidad singular**. b) **La dignidad humana y los principios de derechos humanos constituyen el marco de referencia primordial de todas las medidas de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de cualquier otra índole y en todos los ámbitos de aplicación que guarden relación con la salud mental**. c) La promoción, con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.

b) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista de la atención.	
c) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios.	d) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios.
d) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.	e) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
e) La calidad integral del proceso asistencial que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de atención, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud.	f) La calidad integral del proceso asistencial **con enfoque interdisciplinario**, que de acuerdo a normas técnicas y protocolos de atención, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud.
f) El reconocimiento de la persona en su integralidad y singularidad biopsicosocial.	
g) El logro de las mejores condiciones posibles para la preservación, mejoramiento e inserción social de la persona.	g) El logro de las mejores condiciones posibles para la preservación, mejoramiento e inserción social de la persona.
h) La presunción de que el estado de la persona con trastorno mental es modificable.	h) **Debe considerarse** que el estado de la persona con trastorno mental es modificable.
i) La presunción de la existencia de capacidad y de la ausencia de riesgo para la persona y para terceros.	i) **La posibilidad de autodeterminarse y** la ausencia de riesgo para la persona y para terceros.
j) La vinculación de la salud mental al efectivo ejercicio de los derechos al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la cultura y a un medio ambiente saludable.	j) La vinculación de la salud mental al efectivo ejercicio de los derechos al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la cultura y a un medio ambiente saludable.
k) Los demás principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, determinados en los artículos 3º y 4º de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, que sean aplicables.	**k)** Los demás principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, determinados en los artículos 3º y 4º de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, que sean aplicables.

Artículo 4°.- (Principio de no discriminación). No se presumirá trastorno mental en base exclusiva a: a) Estatus político, socio-económico o pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso. b) Solicitudes familiares o laborales. c) Falta de conformidad o adecuación con los valores prevalentes en la comunidad en que vive la persona. d) Orientación sexual o identidad de género. e) Mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización. f) Otras características que no estén relacionadas con un diagnóstico profesional basado en la problemática individual, social y cultural de la persona.	**Artículo 4°. (Principio de no discriminación).-** No se presumirá trastorno mental **sin** base **en un diagnóstico profesional aceptado por la comunidad científica y nunca en consideración** exclusiva a: a) Estatus político, socio-económico o pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso. b) Solicitudes familiares o laborales. c) Falta de conformidad o adecuación con los valores prevalentes en la comunidad en que vive la persona. d) Orientación sexual o identidad de género. e) Mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.
Artículo 5°.- (Consumo problemático de sustancias psicoactivas). El consumo problemático de sustancias psicoactivas, legales o ilegales, será. abordado en el marco de las políticas de salud mental, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.	**Artículo 5°. (Consumo problemático de sustancias psicoactivas).-** El consumo problemático de sustancias psicoactivas será abordado en el marco de las políticas de salud mental.
CAPITULO II **DERECHOS** **Artículo 6°.- (Derechos).** La persona con trastorno mental tiene derecho a:	**CAPÍTULO II** **DERECHOS** **Artículo 6°. (Derechos).-** La persona con trastorno mental tiene derecho a:

a) Ser tratada con el respeto debido a la dignidad de todo ser humano. b) Ser percibida y atendida desde su singularidad, con respeto a su diversidad de valores, orientación sexual, cultura, ideología, religión. c) Ser reconocida siempre 'como sujeto de derecho, con pleno respeto a su vida privada y libertad de decisión sobre la misma y su salud. d) Recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. e) Ser tratada con la alternativa terapéutica indicada para su situación, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria. f) Recibir información completa y comprensible inherente a los derechos que la asisten y a los procedimientos terapéuticos incluyendo, en su caso, alternativas para su atención. g) Tomar, por sí o con la participación de familiares, allegados o representantes legales, decisiones relacionadas con su atención y tratamiento. h) Solicitar cambio de profesionales o de equipo tratante. i) Estar acompañada, durante y después del tratamiento, por sus familiares, otros afectos o quien la persona con trastorno mental designe. j) Acceder a medidas que le permitan lograr la mayor autonomía, así como a las que promuevan su reinserción familiar, laboral y comunitaria. La promoción del trabajo constituye un derecho y un recurso terapéutico.	a) Ser tratada con el respeto debido a la dignidad de todo ser humano. b) Ser percibida y atendida desde su singularidad, con respeto a su diversidad de valores, orientación sexual, cultura, ideología **y** religión. c) Ser reconocida siempre 'como sujeto de derecho, con pleno respeto a su vida privada y libertad de decisión sobre la misma y su salud. d) Recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. e) Ser tratada con la alternativa terapéutica indicada para su situación que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria. f) Recibir información completa y comprensible inherente **a su situación**, a los derechos que la asisten y a los procedimientos terapéuticos incluyendo, en su caso, alternativas para su atención. g) Tomar, por sí o con la participación de familiares, allegados o representantes legales, decisiones relacionadas con su atención y tratamiento. h) Solicitar **el** cambio de profesionales o de equipo tratante. i) Estar acompañada, durante y después del tratamiento, por sus familiares, otros afectos o quien la persona con trastorno mental designe, **de acuerdo al procedimiento indicado por el equipo tratante**. j) Acceder a medidas que le permitan lograr la mayor autonomía, así como a las que promuevan su reinserción familiar, laboral y comunitaria. La promoción del trabajo constituye un derecho y un recurso terapéutico.

k) Acceder por sí o a través de sus representantes legales, a su historia clínica.	k) Acceder por sí o a través de sus representantes legales, a su historia clínica.
l) En caso de requerir permanencia en régimen de hospitalización, a ejercer sus derechos y obligaciones como cualquier otra persona usuaria de los servicios de salud del prestador de servicios de salud.	l) En caso de requerir permanencia en régimen de hospitalización, a ejercer sus derechos y obligaciones como cualquier otra persona usuaria de los servicios de salud del prestador **correspondiente.**
m) Que las condiciones de su hospitalización sean supervisadas periódicamente por la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, que crea el artículo 39 de la presente ley.	m) Que las condiciones de su hospitalización sean supervisadas periódicamente por la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, que **se** crea en la presente ley.
n) Ser protegida de todo tipo de explotación, estigmatización, trato discriminatorio, abusivo o degradante.	n) Ser protegida de todo tipo de explotación, estigmatización, trato discriminatorio, abusivo o degradante.
o) Ejercer su derecho a la comunicación y acceder a actividades culturales.	o) Ejercer su derecho a la comunicación y acceder a actividades culturales **y recreativas**.
p) Ser atendida en un ambiente apto, con resguardo de su intimidad y privacidad.	p) Ser atendida en un ambiente apto, con resguardo de su intimidad y privacidad.
q) Que se preserve su identidad y a no ser identificada o discriminada por un padecimiento mental actual o pasado.	q) Que se preserve su identidad y a no ser identificada o discriminada por un **trastorno** mental actual o pasado.
r) No ser objeto de investigaciones clínicas ni de tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente.	r) No ser objeto de investigaciones clínicas ni de tratamientos experimentales sin **el** consentimiento **informado**.
s) No ser sometida a trabajos forzados y recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios, que luego sean comercializados.	s) No ser sometida a trabajos forzados y recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios, que luego sean comercializados.
t) Contar con el beneficio de una asistencia letrada cuando se compruebe que la misma es necesaria para la	t) Contar con asistencia letrada cuando se compruebe que la misma es necesaria para la protección de su persona

protección de su persona y/ o bienes. Si fueran objeto de una acción judicial, deberá ser sometida a un procedimiento adecuado a sus condiciones físicas y mentales. u) Los demás inherentes a la persona humana.	y bienes. Si fuera objeto de una acción judicial, deberá ser sometida a un procedimiento adecuado a sus condiciones físicas y mentales.
fgCAPÍTULO III **AUTORIDAD DE APLICACIÓN** **Artículo 7°.- (Rectoría).** Compete al Ministerio de Salud Pública la aplicación de la presente ley, a cuyas prescripciones deberán adaptar su actividad los prestadores de servicios de salud mental públicos y privados.	**CAPÍTULO III** **AUTORIDAD DE APLICACIÓN** **Artículo 7°. (Rectoría).-** Compete al Ministerio de Salud Pública la aplicación de la presente ley, a cuyas prescripciones deberán adaptar su actividad los prestadores de servicios de salud públicos y privados.
Artículo 8°.- (Plan Nacional de Salud Mental). El Ministerio de Salud Pública, a través del área que designe al efecto, elaborará y aprobará un Plan Nacional de Salud Mental de acuerdo a lo establecido en la presente ley.	**Artículo 8°. (Plan Nacional de Salud Mental).-** El Ministerio de Salud Pública elaborará y aprobará un Plan Nacional de Salud Mental de acuerdo a lo establecido en la presente ley **y en la reglamentación respectiva.**
Artículo 9° (Formación profesional). El Ministerio de Salud Pública desarrollará recomendaciones dirigidas al conjunto de instituciones públicas y privadas vinculadas a la formación de profesionales de las disciplinas que participan en la atención de la salud mental, para que sus actividades educativas se ajusten a los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, con especial énfasis en la perspectiva de derechos humanos y salud mental.	**Artículo 9°. (Formación profesional).-** El Ministerio de Salud Pública desarrollará recomendaciones dirigidas al conjunto de instituciones públicas y privadas vinculadas a la formación de profesionales de las disciplinas que participan en la atención de la salud, para que sus actividades educativas se **adecuen** a los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, con especial énfasis en la perspectiva de derechos humanos y **en la calidad de la atención.**

Asimismo, promoverá instancias de capacitación y actualización para profesionales en base a los mismos criterios.	Asimismo, promoverá instancias de capacitación y actualización **permanente** para **los** profesionales en base a los mismos criterios.
Artículo 10.- (Investigación). Se promoverá la investigación en salud mental. Toda investigación que se desarrolle en el campo de la salud mental que involucre a seres humanos, deberá ajustarse estrictamente a la normativa vigente nacional e internacional a la que adhiera el país.	**Artículo 10. (Investigación).-** Se promoverá la investigación en salud mental. Toda investigación que se desarrolle en el campo de la salud mental que involucre a seres humanos, deberá ajustarse estrictamente a la normativa vigente nacional e internacional a la que adhiere el país.
CAPÍTULO IV **INTERINSTITUCIONALIDAD** **Artículo 11.- (Coordinación).** El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con los Ministerios de Economía y Finanzas, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Desarrollo Social, Educación y Cultura y otros organismos competentes, promoverá planes y programas que favorezcan la inclusión social de las personas con trastorno mental, revisando y ajustando los ya existentes y/o creando nuevos dispositivos de integración, inserción laboral, acceso a la vivienda, a la educación, a la cultura, al arte y el uso del tiempo libre, entre otros aspectos que concurran al mismo objetivo. Los mismos deberán impulsar la mayor autonomía de las personas con trastorno mental y cambios culturales para evitar su estigmatización.	**CAPÍTULO IV** **INTERINSTITUCIONALIDAD** **Artículo 11. (Coordinación).-** El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con los Ministerios de Economía y Finanzas, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Desarrollo Social, Educación y Cultura, **los organismos a cargo de las personas privadas de libertad** y otros competentes, promoverá planes y programas que favorezcan la inclusión social de las personas con trastorno mental, revisando y ajustando los ya existentes y creando nuevos dispositivos de integración, inserción laboral, acceso a la vivienda, a la educación, a la cultura, al arte y el uso del tiempo libre, entre otros aspectos que concurran al mismo objetivo. Los mismos deberán impulsar la mayor autonomía de las personas

	con trastorno mental y cambios culturales para evitar su estigmatización.
Las acciones que se implementen contemplarán mecanismos de participación social, en particular de las organizaciones de personas con trastorno mental y de las de sus familiares.	Las acciones que se implementen contemplarán mecanismos de participación social, en particular de las organizaciones de personas con trastorno mental y de las de sus familiares.
<u>Artículo 12</u>.- (Capacitación e inserción laboral). Las políticas de trabajo de las personas con trastorno mental, <u>incluirán</u>: a) La inserción laboral de calidad y ajustada al perfil y posibilidades de sostenibilidad de la persona; b) Facilidades para el ejercicio de una actividad remunerada; c) Fomento de emprendimientos autónomos, cooperativas de trabajo y similares; d) Cursos específicos de formación laboral y profesional con certificaciones válidas en el mercado de trabajo abierto; talleres de sensibilización para los trabajadores en general y, especiales para los de empleos con apoyo y/ o trabajo protegido, entre otras. Se estimulará el reintegro al lugar de trabajo de las personas que hayan tenido trastorno mental, promoviendo el ajuste razonable de las actividades para favorecer la reincorporación.	**<u>Artículo 12</u>. (Capacitación e inserción laboral).-** Las políticas de trabajo de las personas con trastorno mental, **promoverán**: a) La inserción laboral de calidad y ajustada al perfil y posibilidades de sostenibilidad de la persona. b) Facilidades para el ejercicio de una actividad remunerada. c) Fomento de emprendimientos autónomos, cooperativas de trabajo y similares. d) Cursos específicos de formación laboral y profesional con certificaciones válidas en el mercado de trabajo abierto; talleres de sensibilización para los trabajadores en general y, especiales para los de empleos con apoyo y trabajo protegido, entre otras. Se estimulará el reintegro al lugar de trabajo de las personas que hayan tenido trastorno mental, promoviendo el ajuste razonable de las actividades para favorecer la reincorporación.

Artículo 13.- (Acceso a vivienda). Se fomentará un mayor desarrollo del Plan Nacional de Vivienda en apoyo a la integración a la comunidad y promoción de la autonomía de las personas con trastorno mental severo, que incluya: a) Programas que contemplen una gama de modalidades residenciales, con dispositivos habitacionales que contengan diferentes propuestas entre máxima protección o autonomía. b) Fortalecimiento de las estrategias del sistema a través de equipos interdisciplinarios de apoyo y referencia. c) Promoción de la creación de cooperativas de vivienda que integren personas con trastorno mental. Se implementarán medidas para prevenir la segregación geográfica en la asignación de viviendas y la discriminación en la renta.	**Artículo 13. (Acceso a vivienda).-** Se fomentará un mayor desarrollo del Plan Nacional de Vivienda en apoyo a la integración a la comunidad y promoción de la autonomía de las personas con trastorno mental severo, que incluya: a) Programas que contemplen una gama de modalidades **habitacionales** con dispositivos que contengan diferentes propuestas entre máxima protección y autonomía **como son entre otras las cooperativas de viviendas y Mevir**. b) Fortalecimiento de las estrategias del sistema a través de equipos interdisciplinarios de apoyo y referencia. **c) La inclusión de aquellas familias con niñas, niños o adolescentes portadores de trastornos mentales.** Se implementarán medidas para prevenir la segregación geográfica en la asignación de viviendas y la discriminación en la renta.
Artículo 14.- (Inclusión educativa y cultural). El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Desarrollo Social y otros organismos competentes, velará porque se favorezca la inserción educativa de las personas con trastorno mental y promoverá y facilitará el acceso de ellas a todas las actividades y expresiones culturales.	**Artículo 14. (Inclusión educativa y cultural).-** El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Desarrollo Social y otros organismos competentes, velará porque se favorezca la **integración** educativa de las personas con trastorno mental y promoverá y facilitará el acceso de ellas a todas las actividades y expresiones culturales. **En particular en el caso de niñas, niños y adolescentes, deberá protegerse el derecho a la educación a lo largo de todo el ciclo educativo, contemplando las**

	necesidades específicas de acuerdo a la severidad de su trastorno y las condiciones sociofamiliares y culturales.
CAPÍTULO V **ABORDAJE** **Artículo 15.- (Integralidad de las prestaciones).** Las prestaciones de salud mental que apruebe el Ministerio de Salud Pública formarán parte de los programas integrales de salud para su aplicación en el Sistema Nacional Integrado de Salud.	**CAPÍTULO V** **ABORDAJE** **Artículo 15. (Integralidad de las prestaciones).-** Las prestaciones de salud mental que apruebe el Ministerio de Salud Pública formarán parte de los programas integrales de salud para su aplicación en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
Artículo 16.- (Niveles de atención). La atención en salud mental se organizará por niveles de complejidad, tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención. El Ministerio de Salud Pública establecerá y asegurará los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención, garantizando la integralidad y continuidad del proceso asistencial a lo largo del ciclo vital de la persona. En el proceso asistencial se integrarán los recursos comunitarios y se procurará la participación de familiares de las personas con trastorno mental.	**Artículo 16. (Niveles de atención).-** La atención en salud mental se organizará por niveles de complejidad, tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención. El Ministerio de Salud Pública **definirá los tipos de dispositivos que deben conformar la red de servicios**, establecerá **las competencias de cada uno de ellos** y asegurará los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención, garantizando la integralidad y continuidad del proceso asistencial a lo largo del ciclo vital de la persona. En el proceso asistencial se integrarán los recursos comunitarios y se procurará la participación de familiares de las personas con trastorno mental.

Artículo 17.- (Ámbito de atención). El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales.	**Artículo 17. (Ámbito de atención).-** El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, **en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. Esta atención se realizará** en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales.
Artículo 18.- (Redes territoriales). Se fomentará el establecimiento de redes territoriales de atención, las que a su vez podrán articular su labor en cada zona con otros recursos existentes que puedan aportar a la promoción y prevención en salud mental.	**Artículo 18. (Redes territoriales).-** Se fomentará el establecimiento de redes territoriales de atención, las que a su vez podrán articular su labor en cada zona con otros recursos existentes que puedan aportar a la promoción y prevención en salud mental.
Artículo 19.- (Equipos interdisciplinarios). Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de equipos interdisciplinarios, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación. Los equipos básicos del primer nivel de atención constituirán el primer contacto y serán referentes permanentes del proceso asistencial.	**Artículo 19. (Equipos interdisciplinarios).-** La atención en salud mental **estará** a cargo de equipos interdisciplinarios, **en todos los niveles de atención**, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia. **Cuando ello no sea posible porque no se cuente con los recursos humanos suficientes para dar cumplimiento a esta disposición, aplicará** lo establecido en la reglamentación **de la presente ley.** Los equipos básicos del primer nivel de atención constituirán el primer contacto y serán referentes del proceso asistencial.
Artículo 20.- (Salud y capacitación de recursos humanos). Los trabajadores que integren los equipos	**Artículo 20. (Salud y capacitación de recursos humanos).- Se garantizará que** los trabajadores que integren

asistenciales de salud mental accederán a la protección específica de su propia salud. Se promoverá su capacitación permanente, integrando los distintos saberes que atraviesan el campo de la salud mental, para lo cual se desarrollarán políticas específicas.	los equipos asistenciales de salud mental **tengan** la protección específica de su propia salud. Se promoverá su capacitación permanente, integrando los distintos saberes que **componen** el campo de la salud mental, para lo cual se desarrollarán políticas específicas.
Artículo 21.- (Rehabilitación). Las acciones de rehabilitación estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, estar adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión social, laboral y cultural.	**Artículo 21. (Rehabilitación).-** Las **estrategias y programas** de rehabilitación estarán orientadas al logro de una mejor calidad de vida. Deberán ser accesibles, estar adaptadas a las diferentes etapas y necesidades de la persona con trastorno mental y tenderán a mejorar su autonomía y favorecer su inclusión **educativa**, social, laboral y cultural **a lo largo del ciclo vital.**
Artículo 22.- (Residencias asistidas). Se establecerán programas de residencias asistidas para personas con trastornos mentales severos y persistentes, que tiendan al mejoramiento de su calidad de vida e integración social, con diversos niveles según la autonomía progresiva de la persona.	**Artículo 22. (Dispositivos residenciales con apoyo).-** Se establecerán programas de **dispositivos residenciales con apoyo** para personas con trastornos mentales severos y persistentes, que tiendan al mejoramiento de su calidad de vida e integración social, **adecuando el tipo de dispositivos a la adquisición** progresiva **de** niveles de autonomía de la persona, **asegurando el tránsito de lo sanitario a lo social**.
Artículo 23.- (Consentimiento informado). Se requerirá el consentimiento informado de la persona para todo tipo de intervenciones, el que deberá ser obtenido de conformidad y con las garantías y excepciones dispuestas por el artículo 11 de la Ley Nº 18.335, de 15 de agosto de 2008, la presente ley y demás normativa aplicable.	**Artículo 23. (Consentimiento informado).-** Se requerirá el consentimiento informado de la persona para **la realización de las** intervenciones, **biológicas y psicosociales, propuestas en la estrategia terapéutica,** el que deberá ser obtenido de conformidad y con las garantías y excepciones dispuestas por el artículo 11 de la Ley Nº 18.335, de 15 de agosto de 2008, la presente ley y demás normativa aplicable. **En el caso de niñas, niños y adolescentes con trastornos mentales se requerirá**

   Es obligación de los profesionales intervinientes brindar información sobre la naturaleza del trastorno mental, diagnóstico y tratamiento propuesto, beneficios esperados y posibles riesgos de este, eventualidad de hospitalización, condiciones y finalidad de la misma. La información deberá ser suficiente, continua y en lenguaje comprensible para la persona, teniendo en cuenta su singularidad biopsicosocial y cultural. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de los medios y tecnologías adecuadas para su comprensión. El consentimiento informado se hará constar en la historia clínica, al igual que la ausencia de él en los casos en que lo autorice la normativa aplicable.	**el consentimiento informado del padre, madre o tutor y de acuerdo a la edad y condición mental del sujeto, se solicitará su consentimiento.** Es obligación de los profesionales intervinientes brindar información sobre la naturaleza del trastorno mental, diagnóstico y tratamiento propuesto, beneficios esperados y posibles riesgos de este, eventualidad de hospitalización, condiciones y finalidad de la misma. La información deberá ser suficiente, continua y en lenguaje comprensible para la persona, teniendo en cuenta su singularidad biopsicosocial y cultural. Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de los medios y tecnologías adecuadas para su comprensión. El consentimiento informado se hará constar en la historia clínica, al igual que la ausencia de él en los casos en que lo autorice la normativa aplicable.
<u>Artículo 24</u>.- (Hospitalización). La hospitalización es considerada un recurso terapéutico de carácter <u>restrictivo</u>, deberá llevarse a cabo sólo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y/ o social de la persona y será lo más breve posible. Se fundará exclusivamente en criterios terapéuticos <u>interdisciplinarios</u> reservándose especialmente para situaciones	**<u>Artículo 24</u>. (Hospitalización).-** La hospitalización es considerada un recurso terapéutico de carácter **restringido**, deberá llevarse a cabo sólo cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario y social de la persona y será lo más breve posible. Se fundará exclusivamente en criterios terapéuticos **con fundamentos técnicos** reservándose especialmente para

agudas y procurando que se realice en hospital o sanatorio general. En ningún caso la hospitalización será indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda. Durante la hospitalización, se promoverá el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas hospitalizadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellos casos en que el equipo de salud interviniente lo deniegue por razones terapéuticas debidamente fundadas.	situaciones agudas y procurando que se realice **en unidades especializadas en psiquiatría ubicadas** en hospital o sanatorio general **y en el caso de niñas, niños y adolescentes en hospital pediátrico o en áreas de internación pediátrica en hospitales generales**. En ningún caso la hospitalización será indicada o prolongada para resolver problemas sociales o de vivienda. Durante la hospitalización, se promoverá el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas hospitalizadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellos casos en que el equipo de salud interviniente lo deniegue por razones terapéuticas debidamente fundadas.
Artículo 25.- (Extensión de la cobertura). La hospitalización no estará sujeta a límites temporales de cobertura, cualquiera que sea la edad de la persona usuaria. El Poder Ejecutivo establecerá los plazos para su implementación en el Sistema Nacional Integrado de Salud pudiendo prever una instrumentación gradual de lo dispuesto precedentemente.	**Artículo 25. (Extensión de la cobertura).-** La hospitalización no estará sujeta a límites temporales de cobertura, cualquiera sea la edad de la persona usuaria.
Artículo 26.- (Modalidades de hospitalización). Se implementarán diversas modalidades de hospitalización, según las necesidades de la persona con trastorno mental y las posibilidades de la familia y allegados, tales como:	**Artículo 26. (Modalidades de hospitalización).-** Se implementarán diversas modalidades de hospitalización, según las necesidades de la persona con trastorno mental y las posibilidades de la familia y allegados, tales como:

hospitalización a tiempo completo hospitalización parcial diurna o nocturna, hospitalización domiciliaria.	hospitalización a tiempo completo, hospitalización parcial diurna o nocturna, hospitalización domiciliaria.
Artículo 27.- (Requisitos previos). Toda indicación de hospitalización deberá cumplir con los siguientes requisitos: a) Evaluación, diagnóstico y motivos que la justifican, con la firma de un profesional médico. b) Obtención del consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda, tramitado según lo dispuesto en el artículo 23 de la presente ley.	**Artículo 27. (Requisitos previos).-** Toda indicación de hospitalización deberá cumplir con los siguientes requisitos: a) Evaluación, diagnóstico y motivos que la justifican, con la firma de un profesional médico. b) Obtención del consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda, tramitado según lo dispuesto en el artículo 23 de la presente ley.
Artículo 28.- (Hospitalización voluntaria). Cuando profesionalmente se determine la conveniencia de tratar a la persona con trastorno mental a través de hospitalización, se alentará su ingreso voluntario, brindándole oportunidad de elección entre posibles alternativas. La persona hospitalizada voluntariamente podrá, en cualquier momento, decidir por sí misma el abandono de la hospitalización. Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, al momento de gestionar el consentimiento informado para la hospitalización, se le debe hacer saber a la persona que los profesionales intervinientes podrán impedir su externación si se dieran las condiciones para una hospitalización involuntaria que se establecen en el artículo 30 de la presente ley.	**Artículo 28. (Hospitalización voluntaria).-** Cuando profesionalmente se determine la conveniencia de tratar a la persona con trastorno mental a través de hospitalización, se alentará su ingreso voluntario, brindándole oportunidad de elección entre posibles alternativas. La persona hospitalizada voluntariamente podrá, en cualquier momento, decidir por sí misma el abandono de la hospitalización. Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, al momento de gestionar el consentimiento informado para la hospitalización, se le debe hacer saber a la persona que los profesionales intervinientes podrán impedir su externación si se dieran las condiciones para una hospitalización involuntaria que se establecen en el artículo 30 de la presente ley.

Artículo 29.- (Deber de notificación). : El Director Técnico del prestador de salud a cargo deberá comunicar a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental las hospitalizaciones voluntarias que se prolonguen por más de 45 (cuarenta y cinco) días corridos, dentro de las 72 (setenta y dos) horas de vencido dicho plazo.	**Artículo 29. (Deber de notificación).-** El Director Técnico del prestador de salud a cargo deberá comunicar a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental las hospitalizaciones voluntarias que se prolonguen por más de cuarenta y cinco días corridos, dentro de las setenta y dos horas de vencido dicho plazo.
Artículo 30.- (Hospitalización involuntaria). La persona sólo podrá ser hospitalizada involuntariamente o retenida en un prestador en el que ya hubiera sido admitida como usuaria voluntaria, cuando: a) Por un trastorno mental presente, exista riesgo grave de daño inmediato o inminente para la persona o para terceros. b) Cuando el trastorno mental sea severo, esté afectada su capacidad de juicio, y el hecho de no hospitalizarla pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo pueda aplicarse mediante la hospitalización.	**Artículo 30. (Hospitalización involuntaria).-** La persona sólo podrá ser hospitalizada involuntariamente o retenida en un prestador en el que ya hubiera sido admitida como usuaria voluntaria, cuando: a) Por un trastorno mental presente, exista riesgo grave de daño inmediato o inminente para la persona o para terceros. b) El trastorno mental sea severo, esté afectada su capacidad de juicio y el hecho de no hospitalizarla pueda llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que solo pueda aplicarse mediante la hospitalización.
Artículo 31.- (Formalidades para hospitalización involuntaria). La hospitalización involuntaria de una persona con trastorno mental sólo podrá tener fines terapéuticos y se ajustará a las siguientes formalidades: a) Declaración firmada por el familiar más cercano, allegado o representante legal si lo hubiera, solicitando su hospitalización y expresando su conformidad con la misma.	**Artículo 31. (Formalidades para hospitalización involuntaria).-** La hospitalización involuntaria de una persona con trastorno mental solo podrá tener fines terapéuticos y se ajustará a las siguientes formalidades: a) Declaración firmada por el familiar más cercano, allegado o representante legal si lo hubiera, solicitando su hospitalización y expresando su conformidad con la misma.

Si no hubiera familiar, allegado ni representante legal, o habiéndolos se negaran a consentir la hospitalización y se dieran los supuestos del artículo 30 de la presente ley, se podrá realizar cumpliendo únicamente con el dictamen profesional a que refiere el <u>inciso</u> siguiente del presente artículo. b) Dictamen profesional del servicio de salud que realice la hospitalización, determinando la existencia de los supuestos establecidos en el artículo 30 de la presente ley, firmado por dos profesionales médicos que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser especialista en psiquiatría. En el abordaje terapéutico posterior deberá intervenir un equipo interdisciplinario. c) Informe sobre las instancias previas implementadas, si las hubiere.	Si no hubiera familiar, allegado ni representante legal, o habiéndolos se negaran a consentir la hospitalización y se dieran los supuestos del artículo 30 de la presente ley, se podrá realizar cumpliendo únicamente con el dictamen profesional a que refiere el **literal** siguiente del presente artículo. b) Dictamen profesional del servicio de salud que realice la hospitalización, determinando la existencia de los supuestos establecidos en el artículo 30 de la presente ley, firmado por dos profesionales médicos que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser especialista en psiquiatría. En el abordaje terapéutico posterior deberá intervenir un equipo interdisciplinario. c) Informe sobre las instancias previas implementadas, si las hubiere.
<u>Artículo 32</u>.- (Carga de la notificación). Toda hospitalización involuntaria deberá ser notificada por el Director Técnico del prestador a cargo, a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y al juez competente dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes, con los fundamentos que sustenten la misma y las constancias a que refiere el artículo 31 de la presente ley. <u>La Comisión y</u> el juez podrán requerir, en caso de considerarlo necesario, información ampliatoria a los profesionales tratantes o indicar peritajes externos que no	**<u>Artículo 32</u>. (Carga de la notificación).-** Toda hospitalización involuntaria deberá ser notificada por el Director Técnico del prestador a cargo, a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y al juez competente dentro de las veinticuatro horas siguientes, con los fundamentos que sustenten la misma y las constancias a que refiere el artículo 31 de la presente ley. El juez podrá requerir, en caso de considerarlo necesario, información ampliatoria a los profesionales tratantes o indicar peritajes externos que no perjudiquen la evolución del

perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a confirmar los supuestos que justifiquen la medida.	tratamiento, tendientes a confirmar los supuestos que justifiquen la medida.
Artículo 33.- (Hospitalización por orden judicial). El juez competente podrá disponer una hospitalización involuntaria cuando cuente con informe médico que la justifique. El juez podrá, en cualquier momento, pedir al prestador a cargo de la hospitalización información sobre el curso del proceso asistencial, a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de la medida. Cuando el prestador entienda que están dadas las condiciones para el alta y externación de la persona, su Director Técnico deberá notificarlo a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y al juez. El juez deberá expedirse al respecto en un plazo no mayor a 3 (tres) días hábiles a contar desde el día siguiente al de la notificación.	**Artículo 33. (Hospitalización por orden judicial).-** El juez competente podrá disponer una hospitalización involuntaria cuando cuente con **un** informe médico que la justifique. El juez podrá, en cualquier momento, pedir al prestador a cargo de la hospitalización información sobre el curso del proceso asistencial, a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de la medida. Cuando estén dadas las condiciones para el alta de la persona, el Director Técnico **del prestador** deberá notificarlo a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y al juez. **Éste** deberá expedirse al respecto en un plazo no mayor a tres días hábiles a contar desde el día siguiente al de la notificación.
Artículo 34.- (Hospitalización de niños y adolescentes). El juez sólo podrá disponer la hospitalización involuntaria de niños y adolescentes de conformidad con lo dispuesto por el artículo 121 de la Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, en la redacción dada por el artículo 323 la Ley Nº 19.149, de 24 de octubre de 2013.	**Artículo 34. (Hospitalización de niñas, niños y adolescentes).-** El juez sólo podrá disponer la hospitalización involuntaria de **niñas**, niños y adolescentes de conformidad con lo dispuesto por el artículo 121 de la Ley Nº 17.823, de 7 de setiembre de 2004, en la redacción dada por el artículo 323 de la Ley Nº 19.149, de 24 de octubre de 2013.
Artículo 35.- (Notificación de hospitalización por orden judicial). En todos los casos de hospitalizaciones por orden judicial, el Director Técnico del prestador a cargo deberá notificar, dentro de las primeras 24 (veinticuatro) horas de	**Artículo 35. (Notificación de hospitalización por orden judicial).-** En todos los casos de hospitalizaciones por orden judicial, el Director Técnico del prestador a cargo deberá

realizadas, a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental.	notificar, dentro de las primeras veinticuatro horas, a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental.
Artículo 36.- (Alta, externación y permisos de salida). El alta, externación y permisos de salida son facultad del equipo tratante, sin perjuicio de los derechos de la persona hospitalizada voluntariamente y de las competencias del juez respecto de hospitalizaciones ordenadas por él.	**Artículo 36. (Alta y permiso de salida).-** El alta y el permiso de salida son facultad del **médico** tratante, sin perjuicio de los derechos de la persona hospitalizada voluntariamente y de las competencias del juez respecto de hospitalizaciones ordenadas por él.
Artículo 37.- (Desinstitucionalización). Se impulsará la des institucionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas. Se entiende por estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, casas u hogares asistidos y/o de medio camino y centros de rehabilitación e integración psicosocial. Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único ·objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y, en general, cualquier otra restricción y/o privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales.	**Artículo 37. (Desinstitucionalización).-** Se impulsará la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental, mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes, las que serán sustituidas por un sistema de estructuras alternativas. Se entiende por estructuras alternativas, entre otras, los centros de atención comunitaria, **los dispositivos residenciales con apoyo** y centros de rehabilitación e integración psicosocial. Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único ·objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y, en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales.
Artículo 38.- (Establecimientos asilares y monovalentes). Queda prohibida la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados,	**Artículo 38. (Establecimientos asilares y monovalentes).-** Queda prohibida la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes, públicos y privados,

en los plazo que establezca la reglamentación. Los ya existentes deberán adaptar su funcionamiento a las prescripciones de esta ley, hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos, de acuerdo a los que establezca la reglamentación. Queda igualmente prohibida, a partir de la vigencia de la presente ley, la internación de personas con trastorno mental en los establecimientos asilares existentes.	**desde la entrada en vigencia de la presente ley**. Los ya existentes deberán adaptar su funcionamiento a las prescripciones de esta ley, hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación. Queda igualmente prohibida, a partir de la vigencia de la presente ley, la internación de personas con trastorno mental en los establecimientos asilares existentes. **Se establecerán acciones para el cierre definitivo de los mismos y la transformación de las estructuras monovalentes. El desarrollo de la red de estructuras alternativas se debe iniciar desde la entrada en vigencia de esta ley.**
CAPÍTULO VI **ÓRGANO DE CONTRALOR** **Artículo 39.- (Creación).** Créase la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública, con los cometidos que le atribuye la presente ley.	**CAPÍTULO VI** ***DEL CONTRALOR*** **Artículo 39. (Creación).-** Créase la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública, con los cometidos que le atribuye la presente ley.
Artículo 40.- (Cometidos). Son cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental: a) Controlar, en todo el territorio nacional, el cumplimiento de la presente ley, particularmente en lo que refiere al resguardo del ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas con trastorno mental.	**Artículo 40. (Cometidos).-** Son cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental: a) Controlar, en todo el territorio nacional, el cumplimiento de la presente ley, particularmente en lo que refiere al resguardo del ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas con trastorno mental.

b) Supervisar de· oficio o por denuncia de particulares las condiciones de las personas hospitalizadas por razones de salud mental y en dispositivos residenciales, públicos y privados, incluyendo las de las sujetas a procedimientos judiciales derivadas a cualquiera de ellos.	b) Supervisar de· oficio o por denuncia de particulares las condiciones de las personas hospitalizadas por razones de salud mental y en dispositivos residenciales públicos y privados, incluyendo las sujetas a procedimientos judiciales.
c) Requerir a las entidades públicas y privadas del Sistema Nacional Integrado de Salud, información que permita evaluar las condiciones en que se realiza la atención en salud mental.	**c)** Requerir a las entidades públicas y privadas del Sistema Nacional Integrado de Salud, información que permita evaluar las condiciones en que se realiza la atención en salud mental**, con la debida protección a los derechos de los usuarios.**
d) Controlar que las hospitalizaciones no se prolonguen más allá del tiempo mínimo necesario para cumplir con los objetivos terapéuticos y que las involuntarias se encuentren debidamente justificadas.	d) Controlar que las hospitalizaciones no se prolonguen más allá del tiempo mínimo necesario para cumplir con los objetivos terapéuticos y que las involuntarias se encuentren debidamente justificadas.
e) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de incapacidad e inimputabilidad y durante la vigencia de dichas declaraciones.	e) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de incapacidad e inimputabilidad y durante la vigencia de dichas declaraciones.
f) Visitar e inspeccionar periódicamente los establecimientos públicos y privados donde se realicen hospitalizaciones de personas con trastorno mental, en los términos que establezca la reglamentación.	f) Inspeccionar periódicamente los establecimientos públicos y privados donde se realicen hospitalizaciones de personas con trastorno mental, en los términos que establezca la reglamentación.
g) Recibir y dar trámite a las denuncias respecto del funcionamiento de los servicios de salud mental realizadas por usuarios, sus familiares, los demás actores involucrados en el proceso asistencial y terceros.	g) Recibir y dar trámite a las denuncias respecto del funcionamiento de los servicios de salud mental realizadas por usuarios, sus familiares, los actores involucrados en el proceso asistencial y **de** terceros.
h) Requerir la intervención judicial ante situaciones del proceso asistencial que no se ajusten a las disposiciones de la presente ley y su reglamentación.	h) Requerir la intervención judicial **o de otros organismos competentes** ante situaciones del proceso asistencial

i) Hacer recomendaciones al Ministerio de Salud Pública y participar en las instancias de discusión sobre normativa aplicable a la atención de la salud mental. j) Informar al Ministerio de Salud Pública, con la periodicidad que determine la reglamentación, sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes. k) Llevar un registro sistematizado de sus actuaciones en cumplimiento de la presente ley, que incluya los resultados de las mismas. l) En coordinación con la Institución Nacional de Derechos Humanos, difundir en la comunidad, con la mayor amplitud posible, información sobre las normas aplicables a la atención en salud mental, particularmente las que refieren a los derechos humanos de las personas con trastorno mental, así como sobre los dispositivos para la protección de los mismos a nivel nacional e internacional. m) Dictar su reglamento interno de funcionamiento. n) Los demás que le encomiende el Ministerio de Salud Pública.	que no se ajusten a las disposiciones de la presente ley y su reglamentación. i) Hacer recomendaciones al Ministerio de Salud Pública y participar en las instancias de discusión sobre normativa aplicable a la atención de la salud mental. j) Informar al Ministerio de Salud Pública, con la periodicidad que determine la reglamentación, sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes. k) Llevar un registro sistematizado de sus actuaciones en cumplimiento de la presente ley, que incluya los resultados de las mismas. l) En coordinación con la Institución Nacional de Derechos Humanos **y Defensoría del Pueblo**, difundir en la comunidad, con la mayor amplitud posible, información sobre las normas aplicables a la atención en salud mental, particularmente las que refieren a los derechos humanos de las personas con trastorno mental, así como sobre los dispositivos para la protección de los mismos a nivel nacional e internacional. m) Dictar su reglamento interno de funcionamiento.
Artículo 41.- (Integración). La Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tendrá carácter honorario, sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo y estará compuesta por: a) Dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales la presidirá.	**Artículo 41. (Integración).-** La Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tendrá carácter honorario, sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo y estará compuesta por: a) Dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales **deberá acreditar**

b) Tres miembros representantes de la Universidad de la República designados uno <u>de ellos</u> a propuesta de la Facultad de Medicina, otro a propuesta de la Facultad de Psicología y otro a propuesta de la Facultad de Derecho. Se observará que todos ellos estén vinculados a la temática de la presente ley. c) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los trabajadores de la salud mental. d) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de las personas con trastorno mental. e) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los familiares de las personas con trastorno mental. Por cada representante titular, se designará un alterno.	**conocimiento, formación y experiencia en el tema de la salud mental**. **Uno de ellos** la presidirá. b) Tres miembros representantes de la Universidad de la República designados uno a propuesta de la Facultad de Medicina, otro a propuesta de la Facultad de Psicología y otro a propuesta de la Facultad de Derecho. Se observará que todos estén vinculados a la temática de la presente ley. c) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los trabajadores de la salud mental. d) **Un miembro representante de las sociedades científicas vinculadas a la salud mental**. e) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de las personas con trastorno mental. f) Un miembro representante de las organizaciones más representativas de los familiares de las personas con trastorno mental. g) **Un representante de las organizaciones de la sociedad civil en salud mental y derechos humanos**. Por cada representante titular, se designará un alterno.
<u>Artículo 42</u>.- (Descentralización). Los cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tienen alcance nacional. Para su efectiva ejecución en ese ámbito contará con el apoyo de las Direcciones	**<u>Artículo 42</u>. (Descentralización).-** Los cometidos de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental tienen alcance nacional. Para su efectiva ejecución en ese ámbito contará con el apoyo de las Direcciones

Departamentales de Salud del Ministerio de Salud Pública. La reglamentación determinará su forma de relacionamiento. Asimismo, la Comisión fomentará la articulación en el territorio con otras instancias participativas del ámbito sanitario y social, particularmente de aquellas que incluyan a organizaciones de trabajadores de la salud mental, de usuarios de los respectivos servicios y de sus familiares.	Departamentales de Salud del Ministerio de Salud Pública. La reglamentación determinará su forma de relacionamiento. Asimismo, la Comisión fomentará la articulación en el territorio con otras instancias participativas del ámbito sanitario y social.
Artículo 43.- (Duración del mandato). La duración del mandato de los representantes titulares y alternos será de 2 (dos) años, contados a partir de la fecha en que asuman sus respectivos cargos.	**Artículo 43. (Duración del mandato).-** La duración del mandato de los representantes titulares y alternos será de **tres** años, contados a partir de la fecha en que asuman sus respectivos cargos. **Sin perjuicio de ello la delegación del Poder Ejecutivo podrá modificarse en todo momento**.
Artículo 44.- (Quorum). Para sesionar, la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental requerirá la presencia de cinco de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del cuerpo. En caso de empate, el voto del Presidente se computará doble.	**Artículo 44. (Quorum).-** Para sesionar, la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental requerirá la presencia de **siete** de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del Cuerpo. En caso de empate, el voto del Presidente se computará doble.
Artículo 45.- (Competencia del presidente). Compete al Presidente· de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental: a) Presidir las sesiones de la Comisión. b) Ejecutar las resoluciones de la Comisión. c) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Comisión, dando cuenta de ellas a la misma en la primera sesión	**Artículo 45. (Competencia del presidente).-** Compete al Presidente· de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental: a) Presidir las sesiones de la Comisión. b) Ejecutar las resoluciones de la Comisión. c) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Comisión, dando cuenta de ellas en la primera sesión posterior y

posterior y estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad, será necesario el voto de por lo menos seis de los miembros de la Comisión. d) Representar al organismo y suscribir todos los actos en que intervenga el mismo. e) Las demás tareas que le sean encargadas por la Comisión.	estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad, será necesario el voto de por lo menos **ocho** de los miembros de la Comisión. d) Representar al organismo y suscribir todos los actos en que intervenga el mismo. e) Las demás tareas que le sean encargadas por la Comisión.
	Artículo 46. (Protección especial).- Encomiéndase especialmente a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo creada por la Ley Nº 18.446, de 24 de diciembre de 2008, defender y promover los derechos de las personas reconocidos en la presente ley.
CAPÍTULO VII **DISPOSICIONES TRANSITORIAS** **Artículo 46.- (Derogaciones).** Derógase la Ley Nº 9.581, de 8 de agosto de 1936 y demás disposiciones que se opongan a lo establecido en la presente ley.	**CAPÍTULO VII** **DEROGACIÓN Y ADECUACIÓN** **Artículo 47.-** Derógase la Ley Nº 9.581, de 8 de agosto de 1936 y demás disposiciones que se opongan a lo establecido en la presente ley.
	Artículo 48. Efectúanse las siguientes adecuaciones en la normativa vigente: a) La remisión efectuada por los artículos 40 y 46 de la Ley Nº 14.294, de 31 de octubre de 1974, debe entenderse realizada a la presente ley.

	b) La remisión efectuada por el artículo 35, literal B) del Decreto Ley Nº 15.032, de 7 de julio de 1980 (Código del Proceso Penal), debe entenderse realizada a la presente ley. c) La remisión efectuada por el artículo 11 de la Ley Nº 18.335, de 15 de agosto de 2008, debe entenderse realizada al artículo 23 de la presente ley.

Disposiciones citadas

Ley Nº 9.581, de 8 de agosto de 1936

PSICOPATAS

SE ORGANIZA LA ASISTENCIA

CAPITULO I

Sobre organización de la asistencia de psicópatas

Artículo 1º.- Todo enfermo psíquico recibirá asistencia médica y podrá ser atendido -en su domicilio privado o en otra casa particular- , en un establecimiento psiquiátrico privado o en un establecimiento psiquiátrico oficial, cuya organización técnica se ajustará a los reglamentos que se dicten.

Artículo 2º.- Deben proveer a la asistencia de los enfermos psíquicos las familias o los encargados de los mismos y cuando no puedan atender las exigencias del tratamiento, solicitarán los servicios del Ministerio de Salud Pública.

Artículo 3º.- Las disposiciones de la presente ley se aplicarán a todo enfermo de afección mental, cualquiera fuera el lugar en que se tratare.

CAPITULO II

De la asistencia psiquiátrica y sus formas

Artículo 4º.- Se entiende por establecimiento psiquiátrico: todo sanatorio o casa de salud sostenido por particulares o sociedades (laicas o religiosas) donde se asista más de un psicópata. Deberá estar a cargo de un director que será médico, con autorización oficial para el ejercicio de la profesión.

Artículo 5º.- Cuando la Facultad de Medicina reglamente la especialización de médico-psiquiatra, la dirección de esos establecimientos deberá estar a cargo de un médico de esa especialidad.

Artículo 6º.- La construcción y organización técnica de cada establecimiento psiquiátrico deberán ser ajustadas a los reglamentos que se dicten con sujeción a los principios, generalmente adoptados, de la ciencia psiquiátrica moderna.

Artículo 7º.- Ningún establecimiento particular podrá funcionar sin autorización expresa del Ministerio de Salud Pública, que fijará las condiciones que deban reunir a fin de asegurar la separación de sexos, edades, géneros y grados de afección de los enfermos que allí se asistan y podrá disponer su clausura cuando no funcionen en las condiciones requeridas por la presente ley.

Artículo 8º.- Los propietarios de los establecimientos actuales al ser promulgada la presente ley, dispondrán de un plazo de seis meses para poner su establecimiento en las condiciones legales.

Artículo 9º.- La asistencia oficial de psicópatas se hará de acuerdo con el sistema siguiente:

A) Por dispensarios psiquiátricos.

B) Por hospitales psiquiátricos.

C) Por asilos, colonia y servicios especializados.

D) Por la asistencia familiar.

Artículo 10.- Los establecimientos psiquiátricos oficiales, donde se internen psicópatas, deberán ser mixtos, con un servicio abierto y un servicio cerrado.

A) Se entiende por servicio abierto el dedicado a la asistencia de enfermos neurósicos o psíquicos que ingresen voluntariamente con arreglo al artículo 14, inciso A) de la presente ley y de los enfermos psíquicos ingresados por indicación médica, previas las formalidades que señala el artículo 15 y que no presenten manifestaciones antisociales o signos de peligrosidad.

B) Se entiende por servicio cerrado el dedicado a la asistencia de los enfermos ingresados contra su voluntad por indicación médica, o de orden policial o judicial, en estado de peligrosidad o con manifestaciones antisociales.

CAPITULO III

De la asistencia domiciliaria

Artículo 11.- El médico encargado de asistir a un psicópata en su domicilio o en otro domicilio particular, cuando dicha asistencia obligue a la imposición de medidas restrictivas de la libertad, exigidas por la necesidad del tratamiento o por sus reacciones antisociales, deberá comunicar el caso a la Inspección General de Psicópatas dentro de las veinticuatro horas, en un certificado en que se expondrá, además de todos los datos relativos a la filiación del paciente, su sintomatología y resultado de la exploración somática y psíquica, sin que sea necesario establecer un diagnóstico clínico. Si pasados sesenta días el enfermo no ha curado, el médico asistente deberá comunicar la marcha de la enfermedad a la Inspección General de Psicópatas, una vez cada dos meses, y de inmediato la curación o el fallecimiento.

Artículo 12.- El Director de un establecimiento particular deberá llevar un registro que pondrá a disposición del Inspector General de Psicópatas cada vez que éste lo solicite, en que conste la filiación completa e historia clínica de cada enfermo allí internado, así como las observaciones dignas de ser anotadas(Reacciones suicidas, homicidas, etcétera).

CAPITULO IV

De la admisión de enfermos psíquicos en los establecimientos psiquiátricos oficiales o privados

Artículo 13.- Todo enfermo psíquico podrá ingresar en un establecimiento psiquiátrico oficial o privado, en las siguientes condiciones:

A) Por propia voluntad.

B) Por indicación médica.

C) Por disposición judicial o policial.

Artículo 14.- El ingreso voluntario de todo enfermo psíquico exige:

A) La constancia de admisión del médico que lo recibe.

En esta constancia se expondrán los antecedentes, sintomatología y resultado del examen del enfermo, sin que sea necesario establecer un diagnóstico clínico.

B) Una declaración del propio paciente o de su representante legal, en la que se indique su deseo de ser tratado en el establecimiento elegido, todo sin perjuicio de lo que estatuye el artículo 27.

C) La admisión del enfermo por el director-médico del establecimiento.

D) Los enfermos que ingresen voluntariamente a un establecimiento de asistencia de psicópatas, no figurarán en el Registro General de Psicópatas.

Artículo 15.- La admisión por indicación médica, o sea involuntaria, de un enfermo psíquico, sólo podrá ser un medio de tratamiento y nunca de privación correccional de la libertad, y se ajustará a las siguientes formalidades:

A) Una constancia de admisión del médico que lo recibe.

En esta constancia se pondrán los antecedentes, sintomatología y resultado del examen del enfermo, sin que sea necesario establecer un diagnóstico clínico.

B) Una declaración firmada por el pariente más cercano del paciente o su representante legal, o por las personas mayores de edad que convivan con el enfermo, si no tiene parientes próximos, en la que se indique expresamente su conformidad y solicitando su ingreso directamente del director-médico del establecimiento.

En dicha declaración se hará constar también las permanencias anteriores del enfermo psíquico en establecimientos psiquiátricos, en sanatorios o aislamientos privados.

C) Un certificado de enfermedad psíquica expedido por dos médicos.

Los médicos ajenos al establecimiento psiquiátrico, donde es admitido el enfermo, que expidan la certificación de enfermedad psíquica, no podrán ser parientes, dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad de la persona que formule la petición, de ninguno de los médicos del establecimiento donde deba efectuarse la observación y tratamiento, ni del propietario o administrador.

La admisión del enfermo deberá efectuarse en un período de tiempo que no pase de diez días, contados a partir de la fecha del certificado médico.

Antes de transcurridas veinticuatro horas de la admisión del enfermo en el establecimiento, el médico-director está obligado a comunicar a la Inspección General de Psicópatas la admisión del enfermo, remitiendo una nota resumen de todos los documentos indicados en los párrafos anteriores y motivos del ingreso. Todo sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo 27. El Inspector General de Psicópatas procederá a realizar el reconocimiento del enfermo e incorporará los informes recibidos al Registro General de Psicópatas.

Artículo 16.- Cuando un enfermo ingresado voluntariamente presente, a consecuencia del avance de su enfermedad psíquica, signos de pérdida de la libre determinación de su voluntad y de la autocrítica de su estado morboso, o manifestaciones de auto o hetero peligrosidad, el director del establecimiento deberá ponerse de acuerdo con la familia o representantes legal del enfermo para disponer que se extiendan urgentemente los certificados y modificaciones oficiales correspondientes que señala el artículo 15 para los enfermos ingresados por prescripción médica, dando cuenta antes de las veinticuatro horas al Inspector General de Psicópatas a quien le será remitida una nota-resumen de todos los documentos tal como lo requiere el artículo 15 para ingreso de todos los enfermos de reclusión involuntaria.

Artículo 17.- En caso de urgencia el enfermo podrá ser admitido inmediatamente bajo la responsabilidad del médico-director del establecimiento, el cual en el término de veinticuatro horas, comunicará al Inspector General de Psicópatas el ingreso del enfermo, acompañando un certificado en el cual se hagan constar las razones de la urgencia del caso. Este certificado podrá ser extendido por uno de los médicos del establecimiento o por otro ajeno a éste debidamente legalizado; en el primer caso deberá, dentro de los tres días siguientes al del ingreso, ser ampliado por otro, firmado por psiquiatra ajeno al establecimiento o en su defecto, por un médico general. Siempre deberá completarse con los demás requisitos legales mencionados en el artículo 15

referente a ingreso involuntario. El Inspector General de Psicópatas en este caso, procederá también al tenor de lo dispuesto en el expresado artículo 15.

Artículo 18.- Cada vez que el Inspector General de Psicópatas lo considere oportuno o conveniente podrá, sin previo aviso comprobar la situación en cada uno de los pacientes dentro de los establecimientos atendiendo a las posibles denuncias sobre internamiento indebido y transmitiéndolas en su caso al Juzgado correspondiente, para la determinación de las responsabilidades en que se hubiere incurrido y que señala el Código Penal.

Artículo 19.- Cuando un enfermo psíquico pase a asistirse de un establecimiento psíquico a otro sean públicos o privados, la dirección del establecimiento de donde procede el enfermo, deberá remitir al establecimiento a donde sea trasladado una copia del certificado del ingreso (artículo 15, inciso A), y un resumen del curso de la enfermedad observado durante la estancia del paciente en el citado establecimiento.

Artículo 20.- La admisión urgente por disposición policial con fines de observación del presunto enfermo, sólo podrá hacerse en los casos de alienación mental que comprometa el orden público. Será dispuesta por autoridad policial y tendrá lugar cuando a juicio de un médico el enfermo se halle en estado de peligrosidad para sí o para los demás, o cuando a consecuencia de la enfermedad psíquica haya peligro inminente para la tranquilidad, la moral pública, la seguridad o la propiedad pública o privada, incluso la del propio enfermo. No podrá prolongarse más de un día sin que sea justificada por el certificado del médico-director del establecimiento, o por la del médico forense correspondiente y con arreglo a las formalidades estatuidas en el artículo 15, que se cumplirán como en los casos de urgencia.

Artículo 21.- Todo enfermo mental indigente o de escasos medios de fortuna o que carezca de protección familiar, y cuya psicosis exija por su peligrosidad un rápido ingreso en un establecimiento psiquiátrico, será admitido sin dilación alguna en los Departamentos de observación, y será considerado como un caso de urgencia, con arreglo al artículo 17.

Artículo 22.- Los enfermos mentales procedentes de campaña que por disposición policial sean remitidos al Hospital de Alienados de la Capital y deban permanecer unos días en las capitales de los Departamentos mientras se corren los trámites

correspondientes, serán asistidos, si ello es posible, en una sección de observación de los Centros Departamentales de Salud Pública.

Artículo 23.- Cuando se trate de enfermos psíquicos ingresados por orden judicial, deberá igualmente acreditarse su envío, mediante un informe médico ordenado por la autoridad que dispone su ingreso, en el cual se indique con detalle preciso, los resultados del informe psiquiátrico a que han sido sometidos con anterioridad por uno o diversos médicos, a los efectos de las disposiciones judiciales aplicadas.

En caso de urgencia, a juicio de la propia autoridad judicial, se podrá prescindir del previo informe médico establecido por este artículo.

Artículo 24.- Toda persona mayor de edad y de conocimiento de la respectiva autoridad policial o judicial, podrá solicitar de cualquiera de éstas orden de ingreso forzoso de un enfermo psíquico en un establecimiento psiquiátrico.

En caso de no ser el denunciante de conocimiento de la autoridad interviniente, deberá presentar dos testigos hábiles para establecer su identidad y capacidad.

El procedimiento se tramitará de oficio, en papel simple y libre de todo gravamen con la mayor urgencia.

Bastará la petición para decretarse la observación, previo informe médico, reclamado con urgencia de los funcionarios sanitarios por la autoridad ante quien se formule la solicitud.

No existiendo petición, la autoridad que tenga convencimiento de un caso comprendido en el artículo 22, procederá de oficio a decretar la observación, previo el informe de que habla el párrafo anterior. En casos de notoria urgencia por inmediata peligrosidad, se podrá ordenar el ingreso por indicación policial sin informe previo y con arreglo a los artículos 18 y 20, dando cuenta, dentro de las veinticuatro horas, al Inspector General de Psicópatas y al Juez respectivo.

La denuncia maliciosa que motive la internación de una persona en un establecimiento psiquiátrico, será penada con multa de 500 a 1.000 pesos o prisión equivalente.

Artículo 25.- Los médicos-directores de los establecimientos psiquiátricos podrán delegar su cometido en los otros médicos del establecimiento en caso de ausencia o enfermedad.

Artículo 26.- Todo médico que se haga cargo de la asistencia de un enfermo mental y ésta tome el carácter de aislamiento involuntario en asistencia privada o familiar organizada, lo comunicará al Inspector General de Psicópatas, dentro de las veinticuatro horas siguientes a su intervención médica, notificando que se han tomado las medidas convenientes de custodia. Quienes tengan potestad sobre un enfermo psíquico peligroso y aún los guardadores de hecho que, a pesar de los consejos médicos no hayan tomado las medidas de previsión correspondientes (internamiento, vigilancia particular), son responsables civilmente de las acciones delictivas del enfermo contra la vida y bienes de terceros.

Artículo 27.- En todos los casos de internación involuntaria de psicópatas y todos aquellos en que la asistencia voluntaria se transforma en compulsiva, el médico-director del establecimiento deberá dar cuenta de ello dentro de las veinticuatro horas al Juez competente. La misma obligación tendrá todo médico que se haga cargo de la asistencia de un enfermo mental y ésta tome el carácter de aislamiento involuntario en asistencia privada u organizada.

Artículo 28.- Los médicos, inspector, directores o médicos particulares a que se hace referencia en el artículo anterior, que no cumplieren los requisitos que se imponen, serán penados con multa de 100 a 500 pesos, sin perjuicio de la responsabilidad civil a que hubiere lugar.

CAPITULO V

De la salida de los enfermos psíquicos de los establecimientos psiquiátricos públicos o privados

Artículo 29.- La salida o alta de un enfermo mental tendrá lugar:

A) De los enfermos ingresados voluntariamente o por indicación médica o por disposición policial y cuando con respecto a ellos no se hayan adoptado medidas restrictivas de su libertad, cuando ellos o sus familiares o su representante legal lo soliciten, o cuando el médico que lo asiste considere que ha cesado la necesidad de su hospitalización.

B) De los enfermos ingresados por los mismos procedimientos a que se refiere el inciso anterior, pero frente a los cuales se han adoptado medidas restrictivas de su libertad, solamente cuando a juicio del médico que lo asiste, hayan perdido su peligrosidad.

C) De los enfermos ingresados por orden judicial o que fueren sometidos más tarde a Juez solamente cuando lo disponga la autoridad competente a la que se comunicará por intermedio del Inspector General de Psicópatas, periódicamente, el estado del enfermo y la necesidad del alta, cuando así se considere conveniente.

Artículo 30.- En cualquier caso debe autorizarse el traslado de un enfermo a otro establecimiento público o privado, o para ser colocado en asistencia domiciliaria, cuando así lo soliciten las personas con derecho para hacerlo; debiendo el Inspector General de Psicópatas controlar el estricto cumplimiento del traslado que no tendrá en ningún caso el carácter de alta, ni hará perder al enfermo si la tuviere la calificación establecida en el artículo 13 de la presente ley.

Artículo 31.- La salida de un enfermo sólo podrá ser autorizada por el médico asistente. Los guardadores o el representante legal del enfermo podrán recurrir, ante una negativa de alta solicitud al médico, al Inspector General de Psicópatas, que la someterá al dictamen de la comisión honoraria, quien establecerá si corresponde o no levantar la calificación establecida en el artículo 13 y conceder el alta solicitada. Si por razones terapéuticas debe asegurarse la continuidad de una forma de asistencia o de tratamiento determinado, el médico asistente pondrá el hecho en conocimiento del Inspector General de Psicópatas que dará intervención, cuando corresponda, a las autoridades judiciales.

Artículo 32.- A todo enfermo psíquico, comprendido en el artículo 13 que sea dado de alta de un establecimiento psiquiátrico, se le otorgará por el médico asistente, un certificado que así lo haga constar. El Director de todo establecimiento psiquiátrico comunicará, dentro de las veinticuatro horas al Inspector General de Psicópatas, las altas de los psicópatas y circunstancias en que ellas se efectúan, así como también las defunciones.

Artículo 33.- En caso de fuga, se notificará ésta a la autoridad policial para que proceda a la busca del enfermo y su reingreso en el establecimiento. Se notificará, igualmente, de la fuga, al Inspector General de Psicópatas.

Artículo 34.- Cuando el médico-director de un establecimiento psiquiátrico oficial o privado lo considere oportuno, podrá conceder como ensayos alta o licencias temporales, que no podrán exceder de tres meses. En casos excepcionales también podrá conceder licencias provisionales de una duración máxima de dos años al final de cuyo plazo se canjearán por el alta extendida en documento especial por el Director. Las condiciones de estos permisos o altas provisionales son:

A) Los enfermos que salen del establecimiento en estas condiciones podrán ser readmitidos sin formalidades de ninguna clase.

B) Sus guardadores están obligados a remitir al médico-director del establecimiento, o en su defecto a la Inspección General de psicópatas, en caso de cambio de médico, una relación mensual del estado del enfermo.

C) No podrán negarse los guardadores del paciente a que éste pueda ser visitado por el personal médico del establecimiento o sus representantes si el Director del mismo lo estimase oportuno para el buen conocimiento de la psicosis del paciente.

Artículo 35.- Si la familia de un enfermo dado de alta o con licencia temporal no se presentase a recogerlo en término de cuatro días siguientes a la notificación, podrá aquél ser entregado a la autoridad competente para que sea conducido a su residencia familiar.

Artículo 36.- El reingreso de todo enfermo psíquico dado de alta definitiva, exigirá los mismos requisitos que el ingreso (artículo 13).

Artículo 37.- La organización interior de cada establecimiento en lo que a las relaciones de los enfermos con terceros se refiere, queda al prudente criterio del director-médico del establecimiento, así como la forma y técnica de la asistencia prestada a aquél. Dicha organización será especificada convenientemente en el Reglamento propio del establecimiento según dispone el artículo 7º de la presente ley.

CAPITULO VI

De la Inspección General de la Asistencia de los Psicópatas

Artículo 38.- La inspección general y vigilancia de la asistencia particular y oficial de enfermos psíquicos de todo el país dependerá del Ministerio de Salud Pública y estará a cargo de un Inspector General de Psicópatas.

Artículo 39.- Las funciones que por la presente ley se asignan al Inspector General de Psicópatas serán desempeñadas por el actual Inspector General de Alienados, Director de los Establecimientos de Alienados.

Las vacantes que de este cargo se produzcan, se proveerán por concurso.

Artículo 40.- Las funciones de Inspector General de Psicópatas serán incompatibles con la asistencia profesional privada de psicópatas y la dirección de establecimientos particulares para el tratamiento de los mismos.

Artículo 41.- Corresponde al Inspector General de Psicópatas:

A) La inspección general y vigilancia de la asistencia oficial y particular de los psicópatas de todo el país, así como todos los cometidos de la higiene mental.

B) Formar un registro general de los psicópatas de todo el país, en asistencia oficial o privada, con los datos que le enviarán los médicos respectivos y directores de establecimientos, salvo los casos previstos en el artículo 14.

C) Visitar e inspeccionar en detalle los establecimientos de psicópatas oficiales y particulares, una vez cada tres meses y además siempre que lo juzgue conveniente.

D) Cada vez que lo considere oportuno podrá comprobar la situación de los enfermos que se hallen en aislamiento privado sea en su domicilio o en otra casa particular.

E) Dirigir advertencias y proponer sanciones contra los médicos o directores de establecimientos que incurran en omisiones respecto a las disposiciones de esta ley de acuerdo con lo que resuelva la Comisión Honoraria.

F) Informar las solicitudes que se presenten, referentes a la apertura de nuevos establecimientos, así como los proyectos de reglamentación interna que presente el médico-director de estos establecimientos.

G) Recibir y dar trámite a todas las denuncias sobre deficiencias de tratamientos.

H) Dar cuenta a la justicia ordinaria en los casos de despojo, secuestro arbitrario e internamientos indebidos de psicópatas.

I) Elevar anualmente al Ministerio de Salud Pública una Memoria detallada sobre la marcha de los establecimientos y asistencia de los psicópatas de todo el país, formulando las observaciones que la inspección le sugiera.

J) Intervenir en los casos de altas reclamadas por los guardadores o representantes legales de un enfermo y rehusadas por el médico asistente, procediendo según el artículo 31.

K) Vigilar y reglamentar las organizaciones públicas o privadas de asistencia familiar y propiciar la organización de patronatos para la protección de los enfermos que salgan de los establecimientos psiquiátricos.

CAPITULO VII

De la Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas

Artículo 42.- Créase la comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas para los fines que se establecen en la presente ley.

Artículo 43.- Dicha Comisión estará integrada por los miembros que a continuación se expresa: el Inspector General de Psicópatas, como miembro asesor; un delegado designado por la Sociedad de Psiquiatría; el Profesor de Medicina Legal de la Facultad de Derecho, nombrado por el Consejo de esta Facultad; un Profesor de Psiquiatría, de la Facultad de Medicina,

designado por la misma; el Abogado Asesor de Legislación Sanitaria del Ministerio de Salud Pública y el Fiscal de lo Civil que designará el Poder Ejecutivo.

Artículo 44.- Corresponde a esta Comisión:

A) Entender en todas las omisiones o las faltas señaladas por el Inspector General, en los establecimientos privados, elevando informe al Ministerio de Salud Pública.

B) Entender en todos los casos en que el representante legal, los guardadores o parientes de los enfermos gestionen el alta del psicópata, y en los cuales se hayan producido diferencias de criterio respecto de esa alta.

C) Opinar sobre todas las cuestiones que le sean sometidas por el Ministerio de Salud Pública o por el Inspector General de Psicópatas.

D) Presentar las iniciativas que considere oportunas para la mejor asistencia de los psicópatas.

Artículo 45.- Esta Comisión tendrá su sede en el Ministerio de Salud Pública, el que la proveerá de personal y elementos que requiera para el regular cumplimiento de sus cometidos, sin que ello signifique la creación de nuevas erogaciones.

CAPITULO VIII

Disposiciones complementarias

Artículo 46.- Toda persona encargada de la asistencia de un psicópata debe suministrar las informaciones conducentes que sobre el enfermo le solicite la Inspección General de Psicópatas y deberá permitir las visitas inspeccionarias que éste disponga.

Artículo 47.- Deróganse todas las disposiciones que se opongan a cualquiera de las prescripciones establecidas en la presente ley.

Artículo 48.- Comuníquese, etc.

Decreto Ley N° 14.294, de 31 de octubre de 1974

LEY DE ESTUPEFACIENTES

CAPITULO IV

Artículo 40.- El que fuere sorprendido consumiendo sustancias estupefacientes o usando indebidamente sicofármacos o en circunstancias que hagan presumir que acaba de hacerlo o portando estupefacientes para su uso personal, deberá ser puesto a disposición del Juzgado Letrado de Instrucción de Turno, a fin de que éste ordene un examen del detenido por el médico de la Comisión Nacional de Lucha contra las Toxicomanías y por el médico forense, quienes deberán producir su informe dentro de las veinticuatro horas. Si del examen resultare tratarse de un drogadicto, el Juez impondrá el tratamiento en un establecimiento público o privado o en forma ambulatoria, pero siempre sujeto a los controles médicos que establezca la referida Comisión Nacional.

El cumplimiento de esta medida, así como su cese, quedará sometido al sistema de garantías establecido en la ley 9.581, de 8 de agosto de 1936.

Artículo 46.- El internamiento voluntario y el que se realiza a solicitud de parientes, y aun el compulsivo, previsto en el artículo 40, quedarán sometidos a los requisitos y garantías que establece la ley 9.581, de 8 de agosto de 1936.

Ley Nº 15.032, 7 de julio de 1980

CODIGO DEL PROCESO PENAL

CAPITULO III

De la competencia

SECCION I

De la competencia por razón de la materia

Artículo 35. (Competencia de los Juzgados Letrados de Primera Instancia).- Los Juzgados Letrados de Primera Instancia en lo Penal y los Juzgados Letrados de Primera Instancia de los departamentos del interior conocen:

A) En el sumario y el plenario de los Procesos por delitos que la ley no atribuye a otros Tribunales;

B) En los casos en que la ley 9.581, de 8 de agosto de 1936, establece la intervención judicial.

Código de la Niñez y Adolescencia

Aprobado por Ley Nº 17.283, de 7 de setiembre de 2004

CAPITULO XI

I - Protección de los derechos amenazados o vulnerados de los niños y adolescentes y situaciones especiales

Artículo 121.- (Medidas en régimen de internación sin conformidad del niño o adolescente).- El Juez solamente podrá ordenar la internación compulsiva en los siguientes casos:

A) Niño o adolescente con patología psiquiátrica.

B) Niño o adolescente que curse episodios agudos vinculados al consumo de drogas.

C) Niño o adolescente necesitado de urgente tratamiento médico destinado a protegerlo de grave riesgo a su vida o su salud.

En todos los casos deberá existir prescripción médica. El plazo máximo de la internación será de treinta días prorrogables por períodos de igual duración mediando indicación médica hasta el alta de internación.

Cuando el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay constate que un niño o adolescente pone en riesgo inminente la vida o integridad física suya o de otras personas, solicitará al Juez competente la aplicación de estas medidas, previa indicación médica.

***Fuente**: Redacción dada por Ley Nº 19.149 de 24/10/2013*

artículo 323.

Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007

Sistema Nacional Integrado de Salud

Artículo 3º.-Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud:

A) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.

B) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.

C) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.

D) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.

E) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.

F) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.

G) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.

H) La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.

I) La participación social de trabajadores y usuarios.

J) La solidaridad en el financiamiento general.

K) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.

L) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Artículo 4º.- El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes objetivos:

A) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

B) Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.

C) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.

D) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.

E) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.

F) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.

G) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.

H) Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.

Ley Nº 18.335, de 15 de agosto de 2008

PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Artículo 11.- Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento.

El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud.

Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica.

En la atención de enfermos siquiátricos se aplicarán los criterios dispuestos en la **Ley Nº 9.581**, de 8 de agosto de 1936, y las reglamentaciones que en materia de atención a la salud mental dicte el Ministerio de Salud Pública.

Ley N° 18.446, de 24 de diciembre de 2008

CREACION INSTITUCIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS (INDDHH)

CAPITULO I - CREACION

Artículo 1º. (Creación).- Créase la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, como una institución del Poder Legislativo, la que tendrá por cometido, en el ámbito de competencias definido por esta ley, la defensa, promoción y protección en toda su extensión, de los derechos humanos reconocidos por la Constitución de la República y el Derecho Internacional.

SEÑOR PRESIDENTE.- En discusión general.

Tiene la palabra la miembro informante, señora senadora Passada.

SEÑORA PASSADA.- Señor presidente: estamos frente a la discusión de un proyecto de ley importante que modifica un modelo de atención en materia de salud mental.

En diciembre de 2015 el Poder Ejecutivo, actuando en Consejo de Ministros, envió este proyecto de ley al Parlamento que, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud, garantiza el derecho a la protección de la salud mental para todos los habitantes del país.

Considero importante señalar cómo se procedió a nivel de la Comisión de Salud Pública del Senado –bien lo sabe el señor presidente porque es miembro de ella– con respecto a este proyecto de ley. Me parece que debe destacarse la forma en que se implementó su discusión durante 2016, independientemente de que desde hace muchísimo tiempo se venía trabajando para la modificación de este modelo.

Me gustaría destacar –aunque nos insuma algunos minutos– esa forma de abordaje y tratamiento de la iniciativa desde la propuesta que surgió del Poder Ejecutivo a través del Área Programática Salud Mental del Ministerio de Salud Pública, con el aporte de distintos grupos de trabajo de esa comisión asesora, muchos de cuyos representantes están presentes hoy en la barra. De la discusión participaron distintas instituciones –aproximadamente treinta– que, dada la importancia de este proyecto de ley –que va a marcar un antes y un después en materia de salud mental–, pasaré a enumerar: la Asociación Psicoanalítica del Uruguay; la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna; la asociación de familiares Grupo de la Esperanza; la asociación de familiares Nuestra Victoria; la Asociación de Psiquiatras del Interior; la Administración de los Servicios de Salud del Estado –ASSE–, a través de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables; Asumir; la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay; la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR; la Facultad de Enfermería de UdelaR; la Facultad de Medicina y la Clínica de Psiquiatría Pediátrica; la Facultad de Medicina y la Clínica de Psiquiatría de UdelaR; la Facultad de Psicología; la Federación de Familiares «Caminantes»; la Federación Uruguaya de Psicoterapia; la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo; la Intendencia de Montevideo; el Ministerio de Desarrollo Social, a través de Pronadis; Nuestro Propio Horizonte; la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata; la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado; el Poder Judicial; Radio Vilardevoz; la Secretaría de Derechos Humanos de Presidencia; la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay; la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia; la Universidad Católica del Uruguay, además de otras organizaciones, como Sur Palermo y Movimiento Salud para Todos.

¿Cuál es la importancia de esto? Que nosotros llegamos a un proyecto de ley que cuenta con la opinión de todos estos actores. ¿Qué ventaja tenemos? La forma en que se dio la discusión. Cuando consideramos los diversos elementos de este proyecto de ley en la comisión tuvimos la suerte de contar con las distintas miradas de las instituciones que fui nombrando, que en su comparecencia enriquecieron la discusión e hicieron sus aportes. La Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo nos dejó importantes aportes desde su secretaría técnica, y me atrevo a señalar –después lo veremos en el desarrollo del articulado– que será relevante para el seguimiento de esta ley. En ese sentido, creo que debemos aprovechar esa secretaría técnica y quizás podamos adelantarnos y decir que debería tenerse en cuenta hasta en la propia reglamentación de la ley.

No quiero dejar de resaltar el trabajo que se hizo en la propia Comisión de Salud Pública y el de las secretarias, que estuvieron permanentemente junto a nosotros durante el tratamiento de todo el articulado.

En la consideración de este proyecto de ley quizás no llegamos a acuerdos sobre algunos puntos –que son mínimos–, pero esos serán, precisamente, los que habrá que considerar en el futuro; pensamos que las leyes no son para toda la vida y hay que ajustarlas a medida que se van aplicando.

La aprobación de este proyecto de ley nos obliga a reconocer este nuevo paradigma en materia de salud mental. Este cambio de modelo en la atención rompe con la idea de encierro y aislamiento para el tratamiento concreto de diversas situaciones.

El otro día se decía en una muy buena movilización –durante esta semana se van a desarrollar otras– que esto rompe con los prejuicios vinculados a la salud mental. Por eso decimos que debemos romper estigmas y también con el bagaje cultural que se ha tenido respecto al tratamiento de este tema. Cualquiera de los aquí presentes –o un familiar o un amigo– podemos levantarnos un día con un cuadro emocional que nos invada, con un miedo, con una obsesión, e incluso hasta pensar en un intento de autoeliminación. Quiere decir, señor presidente, que todos somos vulnerables a una situación como esta, a una alteración que se dé en un momento específico; lo que también tenemos que saber es que puede ser modificable.

Debemos terminar con la idea de que solo el 3 % o el 4 % –se manejaban esas cifras– necesita internación permanente, porque no es lo que ha sucedido con el modelo que tenemos en materia de salud mental. Por eso terminar con los prejuicios y derribar esos estigmas debe ser una construcción permanente que incluso va más allá de la propia ley: es un cambio cultural. Por suerte dentro de

muy poco tiempo se va a derogar la mal llamada ley del psicópata, que tiene ochenta años y llevó a que cada una de estas situaciones fuera invisible por el hecho de esconder, de encerrar, y por el abandono familiar. Por su parte, las políticas neoconservadoras dejaban para atrás planes de inversión, porque como estas situaciones no eran visibles, podían esperar. Los pacientes estaban bien lejos, aislados y abandonados en hospitales; los mal llamados «locos» siempre podían esperar, hasta en materia presupuestal.

Creemos que se ha iniciado un camino y no podemos dar marcha atrás. Saludamos fundamentalmente a quienes han empujado este tema con mucho tesón, a las organizaciones sociales que vienen trabajando desde 2011 en ese sentido y pusieron el tema en la calle y a las autoridades del Ministerio de Salud Pública, que tomaron el desafío desde ese lugar. Sin dudas, enmarcado en los derechos humanos, este tema tiene que extrapolarse inmediatamente a la agenda general; no puede quedar aislado ni por fuera de esta agenda de derechos humanos, que en los últimos diez años viene avanzando en ese sentido. Por eso decimos que en este proyecto de ley el Estado será el responsable de generar condiciones para el ejercicio efectivo y el cumplimiento de la protección integral de la salud –como un derecho humano fundamental– en todo el territorio nacional.

Debemos destacar que todas las normas vigentes en el Uruguay en materia de salud mental datan de la primera mitad del siglo XX y se encuentran comprendidas en la Ley n.º 9581, Psicópatas, donde aparece la figura que hasta el día de hoy dio lugar a ese estigma y que esperamos que prontamente desaparezca.

A partir de 1986 hubo algunas señales –en un plan de salud que aún mantiene vigentes algunas de sus propuestas, a partir de la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa Nacional de Salud Mental a que hacíamos referencia, varios movimientos de usuarios y familiares y el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental que la propia Organización Mundial de la Salud marcó entre 2013 y 2020– que fueron indicando la urgente necesidad de una profunda reforma –en materia normativa y técnica, en los modelos de atención, en los modelos asistenciales– a partir del nuevo paradigma del que estamos hablando en materia de salud mental. Uruguay ha sido observado sistemáticamente por las situaciones a las que hacemos referencia y que creemos que por suerte serán modificadas.

De la convocatoria que hoy mencionamos surge este proyecto de ley. Evidentemente, en el abordaje y en la discusión de este tema en la propia comisión vimos la necesidad de incorporar fuertemente el concepto de derechos humanos. A ello se debió el cambio del nombre original del proyecto de ley por el de «Salud mental. Desde una perspectiva de Derechos Humanos en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud», recalcando así fundamentalmente el concepto de salud mental en el marco de los derechos humanos.

Estamos frente a este proyecto de ley que, sin lugar a dudas, va a modificar la vida de personas que en forma injusta vienen sufriendo a diario, que son discriminadas hasta para acceder a los servicios, a la educación, a la vivienda, que carecen de oportunidades laborales y que, incluso, no pueden reintegrarse a su trabajo ya que no las aceptan por la situación de crisis que vivieron. Nosotros mismos nos encontramos en una situación conflictiva porque fuimos quienes creamos estos estigmas en la propia sociedad; me refiero a la relación cultural que hay entre capacidad e incapacidad, entre cordura y locura. Debemos brindar a todos –en su calidad de usuarios, pacientes y seres humanos– una atención que realmente se tome bajo el concepto de derechos humanos.

Este proyecto de ley –que iremos informando al comentar los artículos– da al paciente la posibilidad de ejercer el derecho de autodeterminarse. Creo que el hecho de que el paciente sea capaz de tomar sus propias decisiones –a menos que se pruebe lo contrario– es un elemento importantísimo, lo que no sucede al día de hoy.

Los prestadores de salud tendrán que cumplir un rol fundamental para que realmente se cumplan las decisiones que hoy tomamos aquí, así como también los diez principios básicos de la Organización Mundial de la Salud en materia de salud mental. En dichas normas se prioriza, justamente, preservar la dignidad del paciente, tener en cuenta las técnicas que los ayudan a arreglárselas con sus deterioros, a reducir su efecto y a mejorar su calidad de vida, entre otros.

Cuando los Gobiernos y los Estados firman esos grandes acuerdos existe una gran responsabilidad, pero los Gobiernos pasan y los Parlamentos también. Sin embargo, como el mayor control social está a cargo de los Parlamentos, debemos actuar para dar cumplimiento a esos acuerdos que los Gobiernos firman en materia de Estado, a fin de que no queden solamente signados en un papel. La intención de mejorar la vida va también en el sentido de ir viendo cómo se evitan las violaciones, hasta de derechos humanos, que se han venido dando en esa materia.

Creo que todas estas instituciones y entidades tendrán que adaptarse a este nuevo modelo; habrá que facilitarlas, promoverlas, protegerlas, asegurar las libertades, la igualdad en materia de derechos, o sea, empezar a entender que este cambio de paradigma se da en el marco de los derechos humanos.

El proyecto de ley contiene, en su capítulo I, las disposiciones generales, y tiene como objetivo principal –así consta en su artículo 1.º– garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, dentro del orden público, con un interés social y enmarcado en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

En el artículo 2.º se define el concepto de salud mental como «un estado de bienestar en el cual la persona es

consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad». Esa protección, que abarcará distintas acciones y promociones, deberá ser tenida en cuenta por un resultado dinámico, de apoyo y de trabajo desde el punto de vista de la sociedad, de la economía, de la cultura y de la propia biología.

A continuación se establecen cuáles serán los principios rectores de esta ley.

Quiero destacar un elemento que a nuestro juicio es importante. Dentro de la normativa, y como resultado del trabajo de esta iniciativa, está previsto lo relativo al consumo de sustancias psicoactivas dentro del marco del tratamiento de la salud mental. Repito que se trata de un tema importante que se incorpora a esta iniciativa y a su propio tratamiento.

En la propuesta general se apuesta a la importancia de la no discriminación y así lo mencionamos en el informe general. Creemos que no se puede presumir ninguna situación de cambio o de trastorno mental sin la base de un diagnóstico profesional aceptado, fundamental y únicamente, por la comunidad científica; ese es el meollo del contenido de este proyecto de ley. Nunca podrá darse un diagnóstico que vaya en un determinado sentido debido al estatus político, social y económico, a una solicitud de familiares o a razones laborales, así como tampoco por la falta de conformidad de los valores prevalentes en lo que tiene que ver con la comunidad donde vive la persona, por su orientación sexual o identidad de género, o por la mera existencia de tratamiento o de una supuesta necesidad de hospitalización. Creo que eso resguarda la situación de los usuarios en estos planos.

Este proyecto de ley es importante en cuanto a los derechos que tiene la persona que será tratada en este tipo de situación, en tanto en el marco de la salud siempre debe ser reconocido como ese sujeto de derecho con pleno respeto a su vida privada y libertad de decisión. Aquí juega un rol fundamental la participación de los familiares, los allegados y los representantes legales, sobre todo en las decisiones relacionadas con el tema.

No podemos quedarnos tranquilos con que mediante la aprobación de este proyecto ya se producirá una modificación en la situación; esto es muchísimo más amplio. Se trata de un cambio que debemos procesar entre todos. Si votamos este proyecto de ley y nos quedamos tranquilos, si no nos involucramos absolutamente todos, no tendrá el éxito asegurado.

Debemos tener presente que se necesitará formar y capacitar a los profesionales, técnicos y no técnicos, para acompañar este cambio de modelo. Sin embargo, nos consta –lo vimos durante la consideración del proyecto de ley en comisión– que ese cambio ya se viene realizando. Es decir que no se esperó a que estuviera aprobada la ley. Como estaba previsto que se darían señales, se han ido dando pasos para poder acompañar este proceso una vez que el proyecto de ley haya sido aprobado.

Es importante destacar la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental, que deberá *aggionarse* a la propuesta de este proyecto de ley y que estará a cargo del propio Ministerio de Salud Pública, al igual que su promoción.

Hay otros artículos del proyecto de ley que abarcan la coordinación interinstitucional con los distintos organismos del Estado. ¿Por qué? Porque como se realizará ese cambio de modelo, como se rompe con el aislamiento, como el paciente debe reinsertarse a la sociedad y como el problema no será permanente, tendremos que acordar políticas de actividad laboral con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y con el Ministerio de Desarrollo Social, políticas de vivienda con el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente –estuvimos viendo el caso de cooperativas que puedan *aggiornarse* a ese nuevo modelo–, y políticas educativas con el Ministerio de Educación y Cultura. Este último tendrá que jugar un rol fundamental a través de planes de educación para promover y también para coordinar con el Ministerio de Salud Pública, con ASSE –que me consta se viene haciendo–, lo relativo a la salud mental en ese primer nivel de atención para prevenir y que no se transforme en cifras, porque uno de cada cuatro niños puede estar en una situación vulnerable en materia de salud mental. Este trabajo se debe coordinar también interinstitucionalmente y eso está previsto en el proyecto de ley.

Creemos que es importante el concepto de rehabilitación –al que ya hicimos referencia–, así como el respeto de los derechos humanos con relación al estudio de las historias clínicas, su seguimiento y privacidad, y también su abordaje.

Otro punto a mencionar tiene que ver con que las prestaciones en materia de salud mental tendrán que estar presentes en todo el sistema; es importante que estos pacientes no se atiendan en forma aislada. Los integrantes de la Comisión de Salud Pública del Senado visitamos el Hospital Maciel para interiorizarnos de la propuesta que está llevando adelante al haber incorporado la sala de salud mental, así como lo están la de cirugía o la de traumatología. Esto nos da la pauta de que ya, de alguna manera, se está incorporando el nuevo modelo aun cuando todavía no ha sido aprobado el proyecto de ley, lo que nos está garantizando el cumplimiento cuando nos llegue la obligatoriedad.

Asimismo, las redes territoriales van a tener que trabajar a partir de esta ley tomando como base ese marco importantísimo que se tiene por fuera de lo institucional. Muchos de los que están presentes lo hacen desde su lugar o desde el de los familiares que frente a una situación concreta se organizan.

Queremos resaltar un hecho que nos llamó poderosamente la atención. Durante todo el proceso de discusión del proyecto de ley hemos visitado distintos lugares. Hace unos días participamos en Radio Vilardevoz y en otras actividades y hemos observado que los jóvenes están involucrados en este tema. Es más, lo están abordando desde su lugar de estudios, como por ejemplo, la Universidad de la República, porque lo identifican como un tema de derechos humanos que puede ser transformable. Queremos recalcar esto porque muchas veces se dice que los jóvenes no se preocupan, no se involucran o no se movilizan. En lo personal, nos dio mucha alegría haber visto que participan y se involucran, no solamente desde el punto de vista de la psicología, sino también del contenido, de la transformación que puede darse en esta materia.

Otro elemento a resaltar es el cambio que se da en estos nuevos dispositivos que se van a adoptar y que algunos ya han comenzado a funcionar en distintos puntos del país, como por ejemplo, las casas de medio camino, que podrán ser diurnas o nocturnas y que colaborarán –por suerte– en el cierre paulatino del modelo asilar para dar paso a este nuevo modelo.

Algunas innovaciones importantísimas del proyecto de ley son que no habrá ingreso de nuevos pacientes al antiguo sistema, las formas de hospitalización, las garantías que da a las formas de hospitalizarse, el derecho y el respeto de los pacientes y los criterios para las hospitalizaciones, ya sean voluntarias o involuntarias, dando garantías al usuario, teniendo como marco los derechos humanos y el control que se ejercerá en forma permanente. También debemos destacar el resguardo que se da a los niños y niñas en cuanto a las hospitalizaciones, respetando el marco jurídico del Código de la Niñez y la Adolescencia.

Con respecto a los nuevos lugares de atención, así como también a la nueva red de alternativas que deberán ponerse en marcha cuando esta ley esté vigente, queremos recalcar que todos los prestadores deberán ponerse a tono con la nueva normativa.

Sabemos que hay un punto sobre el cual se ha debatido y no se ha llegado al cien por cien del acuerdo, que es el relativo al control de este proyecto de ley. Aquí se crea la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental como un organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública, que tendrá los cometidos que le atribuirá esta ley. Creemos que, independientemente de la discusión que se dio, el Ministerio de Salud Pública tiene la responsabilidad, pero no quisiéramos quedarnos solamente con la discusión de ese punto, sino que queremos subrayar el contenido y el cometido que tiene esa comisión. Nos parece que, justamente, el cometido que tiene es lo más importante y rico de esta ley, porque controlará su cumplimiento en todo el territorio nacional respetando el marco de los derechos humanos. Podrá supervisar de oficio, en caso de denuncia de particulares, cuando las condiciones en las que estén hospitalizados los usuarios no sean las correctas, ya sea en el ámbito público como privado. Podrá requerirse a las entidades públicas y privadas del Sistema Nacional Integrado de Salud la información que nos permitirá, y también permitirá a la propia comisión, ver que se respete cada una de las propuestas de esta ley. También controlará las hospitalizaciones, velará por su cumplimiento e inspeccionará periódicamente todos los establecimientos públicos y privados donde se realicen hospitalizaciones permanentes. También recibirá y dará trámite a denuncias referidas a este tema.

Omití señalar algo importantísimo: no hay más límite en las internaciones debidas a patologías de salud mental. Hoy ya no hay límite en el ámbito público aunque sí en el privado, pero una vez sancionada esta ley tendrá cobertura total. Esto también será parte del control.

Deberá llevarse un registro de las actuaciones en cumplimiento de la ley y tendrá que haber una coordinación permanente y un trabajo con la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo para difundir información a la comunidad con la mayor amplitud posible. Esto es fundamental y fue remarcado por todas las organizaciones sociales.

En cuanto a la integración de esta comisión, luego de algunas modificaciones que introdujimos al texto original, debemos informar que estará conformada por dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales deberá acreditar conocimiento, formación y experiencia en el tema de salud mental, y uno de ellos la presidirá.

En la discusión en comisión se observó la necesidad de que los miembros representantes del Poder Ejecutivo –que durarán en su mandato tres años y no dos, como estaba previsto originalmente– puedan ser cambiados en el momento en que el propio Poder Ejecutivo lo crea conveniente.

Asimismo, habrá tres miembros representantes de la Universidad de la República, designados uno a propuesta de la Facultad de Medicina, otro a propuesta de la Facultad de Psicología, otro a propuesta de la Facultad de Derecho, y se observará que todos estén vinculados a la temática de la presente ley.

Se prevé un representante de las organizaciones más representativas de los trabajadores del área de la salud mental; un miembro representante de las sociedades científicas vinculados a la salud mental; un miembro representante de las organizaciones más representativas de las personas con trastorno mental; un miembro representante de las organizaciones más representativas de los familiares, así como un representante de las organizaciones de la sociedad civil en salud mental y derecho humano.

Cada uno de estos representantes podrá designar un alterno en su lugar, cuando lo estime conveniente.

Queda claro que la integración de esta comisión se amplió y se incluyeron otras miradas que al principio no se tenían en el texto original. La figura de esta comisión se ubica dentro del marco de descentralización y su funcionamiento se regirá por la reglamentación que se dicte posteriormente.

En cuanto al tiempo de mandato de esta comisión, debo informar que será de tres años. En el texto original se proponía que fueran dos años, pero luego de hacer las consultas correspondientes nos pareció bien que fueran tres, sobre todo porque consideramos que ese lapso será suficiente para su puesta en funcionamiento.

Otro elemento importante en relación con este capítulo VI «Del contralor», tiene que ver con una protección especial: en el artículo 46 se encomienda especialmente a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, creada por la Ley n.º 18446 de 2008, defender y promover los derechos de las personas reconocidos en la presente ley. La idea de esta disposición es, entonces, reforzar los cometidos de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, para que en el marco del capítulo VI «Del contralor» cumpla esta función desde ese lugar.

Finalmente, una vez aprobada esta iniciativa en el Senado, quedará derogada la Ley n.º 9581, del año 1936, lo que significa derogar la figura del psicópata.

Gracias, señor presidente.

(Aplausos en la barra).

SEÑOR PRESIDENTE.- Solicitamos a quienes nos acompañan en la barra que ayuden a que la sesión se desarrolle con normalidad.

SEÑOR GARCÍA.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR GARCÍA.- Señor presidente: en primer lugar, quiero destacar el trabajo de la Comisión de Salud Pública, especialmente de la señora presidenta, la recientemente miembro informante, senadora Passada. Quiero destacar –y en esto creo representar al senador Besozzi, del Partido Nacional– que tuvimos un trabajo intenso, muy abierto, pues en el seno de la comisión se recibió a toda institución, organismo, organización, academia, etcétera, que se consideró oportuno e, incluso, se recabó la opinión y el asesoramiento extra de quienes voluntariamente solicitaron concurrir. Todo transcurrió en un excelente clima de trabajo y quiero hacerlo explícito porque muchas veces las tareas en comisión pasan inadvertidas; me interesa hacerlo explícito porque no nos comprenden las generales de la ley. De modo que, de esta manera, destaco el trabajo de la señora senadora Passada.

No quiero sobreabundar en muchos de los elementos; el informe que daremos será muy breve. El Partido Nacional compartió y acompañó la aprobación en general del proyecto de ley. No obstante, cabe aclarar que hicimos algunos planteos en el seno de la comisión para mejorar, a nuestro entender, su contenido y algunos fueron aceptados por el resto de la comisión, por lo que hoy están incluidos en el proyecto de ley a consideración del Senado, pero otros no fueron atendidos –por legítimas razones por parte de quienes los rechazaron– y, por lo tanto, cuando entremos en la discusión particular los volveremos a plantear o haremos los señalamientos que nos parezcan oportunos. Precisamente, son tres los artículos cuyo desglose solicitaremos en la discusión particular.

En general, el tratamiento y abordaje de las personas que padecen alteraciones o trastornos de salud mental en nuestra sociedad, sin duda que es un avance sobre todo teniendo en cuenta que los estilos, las normas de atención, los protocolos, tienen decenios de antigüedad. Así como se ha avanzado en materia tecnológica y científica, también se ha avanzado en el abordaje de estos padecimientos y, por ende, también han cambiado las terapias para estos pacientes.

La normativa que consideramos, en materia de legislación comparada, tiene una base muy notoria en la legislación argentina. El modelo legal que hoy estamos analizando ha sido tomado, prácticamente, del que rige en Argentina desde hace un tiempo. Pero vale la pena señalar que allí ya se están reconsiderando algunos de los planteos que hoy se van a aprobar aquí.

Como bien dijo la señora senadora Passada, el nuevo paradigma de la atención en materia de trastorno mental o de salud mental es el de la multidisciplinariedad. Este tipo de atención multidisciplinaria, que obviamente va en contraposición del modelo que se ejerce en este momento –que consiste en la atención profesional por parte de un especialista en la materia, sea tanto de la psicología como de la psiquiatría–, suele estar vinculado muchas veces a lo que yo llamo la teoría del péndulo: uno trata de pasar de un modelo de atención a otro –no solo en este ámbito de la vida, sino en cualquier otro– y tira el bochín tan lejos que se va al otro extremo, sin dejar una transición que se adecue a las circunstancias del país. Esto es, entre otras cosas, lo que en Argentina se discute: si el modelo de atención interdisciplinario es el adecuado en todas las circunstancias, ya que, al mismo tiempo, no permite que un paciente opte por otro tipo de atención que no sea la multidisciplinaria. Una persona puede optar por la atención individual de un especialista sin tener que pasar por un equipo multidisciplinario, pero, en la medida en que mediante esta iniciativa se obligue a que la atención sea con este modelo, uno se pregunta si también no está en contra del derecho del paciente a ser atendido por quien quiera y no por quien se estipula que deberá atenderlo. Digo esto, sin entrar a analizar lo que significan la efectividad y los

costos de la atención, que en materia de políticas públicas son elementos indispensables a analizar.

Habida cuenta del conocimiento que tienen los señores senadores, quiero plantear otro elemento que discutimos en comisión: la realidad del interior del país. Uno se pregunta si en las capitales departamentales –ya no en los pueblos– o en las ciudades más grandes del interior se dispone de especialistas que puedan integrar un equipo multidisciplinario para atender a un paciente con trastorno mental. Sencillamente, no. No me refiero a que no existan especialistas con un grado de sofisticación importante en su formación, sino a que no en todas partes del país existen psicólogos y psiquiatras, sin embargo, esta normativa obliga a que las personas con este tipo de trastornos sean atendidas por un equipo multidisciplinario. Insisto: este tipo de equipos no existe en la mayor parte del país. El proyecto de ley establece una salvaguardia que a nosotros no nos conforma, y es que cuando esto suceda, la reglamentación establecerá la forma. En definitiva, la reglamentación terminará siendo la norma que va a suplantar, en la mayoría de los casos, lo que establece la ley. La vía administrativa, es decir, lo que establece el decreto –que es la excepción–, terminará siendo la regla. Esto es así, porque en la mayoría de los lugares del país no se dispone de personas formadas en diferentes disciplinas académicas para integrar el equipo que obligatoriamente debería atender a los pacientes. Por tanto, se brindará una atención individual, como es habitual hoy en el país.

Esto es lo que en relación a otras circunstancias, una persona muy importante en la historia más reciente de nuestro país llamaba «el progreso manuscrito»: los legisladores elaboramos normas que establecen un progreso, pero solo en el papel porque en la vida real ese progreso no existe. Ese es el temor que algunos tenemos: que por llegar al ideal se creen obligaciones que sabemos que no se pueden cumplir.

Reitero que voy a plantear solamente las salvedades porque en las coincidencias no vale la pena sobreabundar, pero otro aspecto que me interesa destacar, que se integra a lo que llamo «la teoría del péndulo», tiene relación con el cambio de paradigma, que pasa de la atención individual del profesional al equipo multidisciplinario. Quizás sea el punto más cuestionado por todas las organizaciones, al punto tal que, incluso, la comisión lo dejó para el final porque la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental que se crea es la institución con más poder sobre la atención de las personas padecen trastornos mentales. En el artículo 41 se determina que estará compuesta por diez integrantes, pero a texto expreso no hay ningún psiquiatra ni psicólogo. Una cosa es pasar de un modelo medicalizado a un modelo multidisciplinario y otra es tener una comisión formada por diez integrantes donde no se establece a texto expreso que exista ningún profesional especialista en la materia, ya sea médico psiquiatra o psicólogo. En el literal a) se requiere que entre los representantes del Ministerio de Salud Pública –luego que lo planteamos en la comisión con el señor senador Besozzi– haya una persona que tenga conocimiento, idoneidad, pero es llamativo que en una ley de salud mental no se establezca a texto expreso que entre los diez integrantes de esta comisión, que tendrá contralor de todo el proceso de atención de salud mental del país, no exista ni un psiquiatra ni un psicólogo, personas que la academia forma para atender en estas especialidades de la salud.

Por lo tanto, señor presidente, a pesar de las salvedades que planteamos vamos a acompañar en general este proyecto de ley porque creemos que es un avance, aun a cuenta de estimar que muchos de esos avances van a quedar en el papel y que quizás sea un planteo ideal al cual se deberá tender, pero que en la práctica va a modificar relativamente el proceso de atención de salud mental de los pacientes.

Otro aspecto del proceso de atención que nos genera preocupación es la confidencialidad de la información sobre el proceso de atención del paciente. En este proceso existen comunicaciones e información que va de un lado para el otro. Todos sabemos que la confidencialidad sobre la información clínica de la persona debe ser de reserva absoluta porque es un derecho humano esencial. Nadie, en cualquier proceso de atención, excepto la persona, el médico o profesional tratante o un juez, puede tomar conocimiento del proceso de atención de salud de una persona. A nuestro entender, con este proyecto se corre el riesgo de que, en algunas circunstancias, información que debe ser de estricta privacidad de la persona tenga una circulación pública, en el sentido de que se pueda acceder a ella por encima de estas personas, lo que a nosotros nos preocupa porque puede violar un derecho humano esencial que es la confidencialidad del acto médico, que la ley reserva a las personas que recién mencionaba.

Por lo tanto, señor presidente, abreviando por un tema procesal todo lo que significan los avances de esta ley, como bien relataba la presidenta de la comisión, y señalando cuáles son nuestras discrepancias, que mencionaremos con más detalle cuando se consideren los artículos 9, 41 y 46 cuyo desglose solicitaremos, vamos a votar el proyecto de ley en general y la mayoría de los artículos en particular, pero negativa o parcialmente algunos de los artículos que acabamos de mencionar.

SEÑORA XAVIER.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora senadora.

SEÑORA XAVIER.- Gracias, señor presidente.

Sin duda, Uruguay está muy atrasado en esta materia. No voy a reiterar todos los instrumentos internacionales ratificados que nos obligan a avanzar en el tema de la salud mental, pero lo cierto es que hay muchos países de la región y del mundo que han avanzado, no sin dificultades. Con relación a este tema hay muchísimas complejidades,

no hay un modelo único, pero sí existe la construcción de un paradigma radicalmente diferente al que hemos vivido en estos ochenta años. Por lo tanto, me parece muy bueno que finalmente estemos discutiendo este tema y que haya sido producto de una amplísima convocatoria a todos quienes en alguna parte tienen que ver con este tema. Creo que es la forma de construir una ley que no sea un progreso manuscrito, lo cual no la deja exenta de dificultades en su aplicación, incluso de modificaciones.

Somos la primera cámara en considerar este proyecto de ley –seguramente sea objeto de mayor estudio en la siguiente cámara– y quiero decir que hicimos de este un tema absolutamente principal para la Comisión de Salud Pública. Incluso, sesionamos durante la rendición de cuentas, lo que a las senadores y senadores nos complica muchísimo por el número que integran las Comisiones de Presupuesto y de Hacienda, pero también por el número que tiene la propia Cámara de Senadores.

Nuestra intención fue no atrasar el debate de esta ley y habilitar así que la Cámara de Representantes pueda avanzar sustantivamente este año.

Es un cambio de paradigma por lo cual encontraremos colectivos, individuos y expertos que nos dirán que no tiene esto o no tiene lo otro. Sí, tiene de todos un poco, pero la idea no es hacer un *collage;* esta situación se dio porque en algunos casos las miradas de algunos de los actores hacían difícil que resultara una ley que, además de ser armónica, tuviera en cuenta determinadas cuestiones previas.

Existe una tensión indiscutible entre la medicalización de la sociedad –que está medicalizada y es sanitarista; todo lo pasamos por ese cerno– y una visión comunitaria, de integración, con una mirada plural que permita encontrar la forma de que ellos estén con nosotros y no se continúe con la exclusión y estigmatización de quienes padecen –durante su vida o en algún momento de su vida– un episodio que altere su salud mental. Es por eso que me parece que este debate, que hoy toma estado parlamentario en el colectivo, va a generar un importante aporte –y es deseable que lo siga generando– en el conjunto de la sociedad, porque hay mucha gente que la viene remando desde hace un largo tiempo en este tema.

En ese sentido, comencé a preguntarme cuál podía ser el enfoque de la intervención –obviamente, soy médica, por lo que trato de no caer en la medicalización de todos los problemas de la sociedad, aunque a veces no lo logro– y me pareció importante que un colectivo creado en 1997, Radio Vilardevoz –que es un proyecto comunicacional y participativo–, nos hiciera preguntas y nos acercara sugerencias, al igual que lo hicieron decenas de instituciones. Por tanto, me pareció fundamental dar una breve mirada a sus reclamos –seguramente, la lista de oradores será numerosa– y a la forma en que pudimos concretarlos en estos cuarenta y ocho artículos que tiene el proyecto de ley en consideración.

En su comparecencia, los representantes de Radio Vilardevoz nos plantearon ocho puntos que, si bien venían referidos a una caracterización que se podrá compartir o no, incluían sugerencias que me parecen importantes.

En el primer punto nos decían: «Más allá de los espacios físicos, lo manicomial es una lógica que segrega y encierra aquello diferente. Queremos una ley de salud mental que cierre esos lugares y abra espacios de salud en la comunidad». Sin dudas, es un cambio radical en la forma de verlo.

Al respecto, me parece que debemos hacer referencia a algunos artículos para ver de qué manera damos respuesta a las sugerencias que se nos hicieran desde un ámbito absolutamente compenetrado con la sociedad, desde un colectivo que quiere lograr el deshacinamiento, la deshospitalización de las colonias y de otras instituciones que tanto dolor generan por las dificultades que tienen a veces en su funcionamiento y que requieren de tanto esfuerzo para lograr una atención más digna de las personas que se encuentran allí.

En el artículo 37 claramente se impulsa la desinstitucionalización de las personas con trastorno mental mediante un proceso progresivo de cierre de estructuras asilares y monovalentes. Obviamente, aquí surge una duda con respecto a cuánto tiempo nos llevará hacerlo. Si nos llevó ochenta años transformar la ley del psicópata –más allá de que hace décadas que la recomendación es tener una ley del tipo que sugiere el actual proyecto de ley–, ¿cuánto tiempo nos llevará implementarla? ¿No será oportuno que la ley defina la propia calendarización? En ese sentido, queremos ser claros: la forma de construcción que tiene este proyecto de ley no va a impedir su rápida implementación. Se ha generado un colectivo en el que no solo hay demandas, sino que también hay sugerencias. Creo que es bueno decir que el equipo del Ministerio de Salud Pública –junto con diferentes operadores– ha avanzado de manera importante en la reglamentación de esta ley y que ha adelantado una estructuración para su puesta en marcha. Sin dudas, los derechos nos asisten desde el día en que la ley se promulga, pero en estas leyes la posibilidad de disfrutar de esos derechos o de que esos derechos nos asistan –según sea el caso–, depende de su implementación concreta. Esta es una respuesta a esos colectivos que al día de hoy nos reclaman tener más plazos dentro de la ley. Es un cambio muy grande y no podemos dar a la ley la rigidez de la calendarización. Lo que sí podemos decir es que existe voluntad política, que se manifiesta en la forma en que se trabajó este proyecto de ley, tanto antes de su llegada al Parlamento como desde que se empezó a tratar en comisión.

Continuando con el primer punto que nos sugería esta organización, el artículo 38 prohíbe claramente la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes. No solo hay que cerrar los que existen, sino que también se prohíbe la creación de otros. Asimismo, determina que

los existentes deberán ajustar su funcionamiento a las prescripciones de la ley hasta su sustitución definitiva por institutos y dispositivos alternativos que la ley prevé. El artículo 22 también da respuesta a este reclamo, porque prevé el establecimiento de programas de dispositivos residenciales con apoyo para personas con trastornos mentales severos y persistentes. No es casual que a lo largo de la ley queden claramente establecidos diferentes dispositivos, según sea el caso de las personas que padecen dificultades en su salud mental.

(Ocupa la presidencia el señor Guillermo Besozzi).

–Esa gama es muy amplia y, por tanto, amplia debe ser la gama de dispositivos para darle respuesta.

El artículo 24 dice que la hospitalización es un recurso terapéutico de carácter restringido que deberá ser reservado especialmente para situaciones agudas y procurando que se realice en unidades especializadas en psiquiatría, ubicadas en hospitales o sanatorios generales. También hacemos referencia expresa a los niños, niñas y adolescentes porque nadie está excluido, ni siquiera por la edad, de tener dificultades de salud mental. Me parece que esta es una adecuación muy importante porque no solo se deben definir y *aggiornar* las estructuras preexistentes, sino que se deben crear nuevas estructuras y el conjunto de la sociedad debe asimilar las transformaciones.

El punto dos que planteaba el colectivo dice: «Queremos una ley de salud mental que haga énfasis en la prevención, promoción, buen trato, la contención y el acompañamiento y abordaje comunitario. Queremos una ley de salud mental en la que participen activamente los usuarios, junto a otros profesionales: psicólogos, abogados, trabajadores sociales, familias, comunidad garantizando los derechos de las personas». Y sí, esta red es esencial para que una ley de esta naturaleza pueda tener andamiento y sostenibilidad. Creemos que es muy importante que sigamos trabajando de esta manera en su aplicación, con múltiples miradas sobre la temática. Al respecto, el artículo 2.º del proyecto de ley que estamos considerando define a la salud mental como «un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede enfrentar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de ser una contribución a su comunidad.

Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos».

Esta es la mirada integral, tanto del concepto de la salud en general, como del concepto de la salud mental. Son referencias de la Organización Mundial de la Salud que nos parecen importantes porque el temor es a volver a caer en el estigma. Cuando las cosas se nombran, existen y por eso es muy importante que cuando les ponemos nombre no caigamos nuevamente en la estigmatización.

En el artículo 3.º se consagra, entre otros principios rectores de la protección de la salud mental concebida como inseparable de la protección integral de la salud, el reconocer a la persona de manera integral, considerando –como decíamos– sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, así como también la dignidad humana y los principios de derechos humanos que constituyen el marco de referencia primordial de todas las medidas que guarden relación con la salud mental.

No hace tantos años este Parlamento debió legislar acerca del trato digno a las personas, en la que se dio en llamar ley de deberes y derechos de los usuarios. En esa ocasión se dio toda una discusión, en particular, acerca de los deberes que asisten a las personas cuando deben ser parte de un contrato, en este caso, para la atención de su salud.

Se habla de la cobertura universal, de la accesibilidad y de la sustentabilidad de los servicios. Sin duda que esto es esencial, pero también es cierto que tenemos grandes dificultades en su implementación. La tecnología viene ayudando mucho a la medicina, porque es difícil que en cada lugar exista un profesional en momentos en que, además, el conocimiento se ha ampliado tan brutalmente, pero habrá que conformar y adecuar estos equipos a los diversos niveles de atención que la ley prevé.

(Ocupa la presidencia el señor Ernesto Agazzi).

–Hay un punto aquí que habla de la posibilidad de autodeterminación y la ausencia de riesgo para la persona y para terceros. En otro contexto, esta referencia podría verse como uno de los estigmas, pero aquí hay consecuencias médico-legales y, por tanto, hacer referencia a esto implica que debemos tenerlas en consideración. Esto atraviesa no solo parte de las definiciones de la ley, sino también de los temores que todos tenemos en cuanto a que esto pueda ser una transformación real.

Otro punto de este artículo refiere a «la vinculación de la salud mental al efectivo ejercicio de los derechos al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la cultura y a un medioambiente saludable».

En el punto 3 el colectivo nos dice: «Queremos una ley de salud mental que elimine estas terapéuticas» –como los *shocks* y los *electroshocks*– «violatorias de los DDHH» y que, en caso de aplicarlas, deban pasar por el control de un órgano revisor autónomo, del Ministerio de Salud Pública.

¿Qué respuesta dimos a esto? Por ejemplo, en el artículo 6.º se establecen los derechos de las personas con trastornos mentales. Deben tener el reconocimiento de ser tratadas con el respeto debido a su dignidad, a su vida privada y a su libertad de decisión sobre la misma. También se habla del derecho de la persona a «recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos» y de

«ser tratada con la alternativa terapéutica indicada para su situación que menos restrinja sus derechos y libertades».

Cuando vemos cuáles han sido esas prácticas terapéuticas a lo largo de estos ochenta años y cómo en algunos casos debemos levantar nuestra voz y legislar para que no sean indiscriminadamente aplicadas, sin duda vemos que aquí hay una enorme transformación.

El artículo 6.º también menciona que cada una de esas personas tiene derecho a «recibir información completa y comprensible» inherente a la situación que está viviendo.

Hay un aspecto muy polémico en todo este debate que hemos llevado adelante hasta ahora y que tiene que ver con el órgano revisor autónomo del Ministerio de Salud Pública. Acá nuevamente llamamos la atención en lo siguiente: la Ley n.º 9202 confiere las competencias al Ministerio de Salud Pública y le asigna la rectoría en toda materia de salud. Eso sin duda que pone un límite, lo que no quiere decir que no tengamos la voluntad de encontrar –y el texto así lo propone– aquellos mecanismos que, sin que impliquen un ministerio paralelo con relación a la salud mental, puedan confirmar, desde afuera, el respeto y la protección de los derechos humanos de las personas.

Entonces, al igual que en otras leyes y por más que sea sobreabundante, hemos hecho referencia a esa protección especial encomendándosela a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo. Insisto: ya existe esa protección, pero parecía importante que, así como hicimos esta referencia en otros marcos legales, la mencionáramos también aquí para dar tranquilidad a los usuarios.

En el punto 4, el colectivo nos dice: «Queremos una ley de salud mental que facilite el acceso a los derechos universales, civiles y políticos de las personas con padecimiento psíquico. Vivienda, trabajo, educación, cultura». Nos hablan de que quieren una ley que desarrolle «nuevas políticas intersectoriales e interinstitucionales que den respuesta a estas problemáticas». Sin duda, el artículo 11 promueve esta interinstitucionalidad y la mandata a promover planes y programas que favorezcan la inclusión en todas estas áreas.

Los artículos 12, 13 y 14 también promueven el establecimiento de políticas de trabajo que, sin duda, son fundamentales para que estas personas puedan llevarlas adelante. También se habla de su inclusión educativa a todas las edades, pero cuando esto ocurre en niños, niñas y adolescentes sin duda que constituye una temática ineludible, así como también su inclusión cultural y el acceso a la vivienda. Se plantean diferentes modalidades de acceso a la vivienda para que no existan guetos y para que haya una integración efectiva de estas personas en las diferentes alternativas, incluso en modalidades que apuntan a las viviendas rurales, como Mevir. Con esto se pretende que quede claro que la mirada, más allá de las dificultades, es nacional y que existe la preocupación en el sentido de que esto pueda implementarse de la mejor forma.

En el punto 5 el colectivo nos expresaba: «Queremos una ley que desarrolle políticas de inclusión laboral, que contemplen las capacidades de trabajo de las personas con padecimiento psíquico […] y remuneración acorde». Sin duda, debe ser así. Continúa: «También entendemos importante fomentar las experiencias de autogestión, cooperativismo». En el marco legal también reconocemos que eso es muy importante para la autonomía de las personas.

En el punto 6 el colectivo nos dice: «Queremos una ley de salud mental, con participación activa de los trabajadores, que incluya espacios de formación y cuidado, desde una perspectiva de derechos humanos». Este abordaje en materia de salud mental se prevé según diferentes niveles de complejidad, como decíamos. Está a cargo de equipos multidisciplinarios y la atención debe realizarse, preferentemente, en el ámbito comunitario. A esto se refieren los artículos 15 a 19.

Por su parte, el artículo 9.º promueve la formación profesional en las disciplinas que participan en la atención de la salud para que sus actividades educativas se adecuen a los principios, políticas y dispositivos que se establecen en la ley, con el énfasis en la perspectiva de derechos humanos. Creo que fue muy importante el nombre propuesto; más allá de que, en general, nos referimos a las leyes por el número que tienen, es importante que incluya el componente que la comisión agregó.

En el punto 7 nos plantean: «Hoy en día los usuarios de salud mental no son tenidos en cuenta en el diseño de los procesos de atención y rehabilitación. El Estado debe garantizar y promover la participación de las personas con padecimiento psíquico y usuarios de salud mental en el diseño, aplicación y seguimiento de las políticas en salud mental». Para este colectivo la participación es un pilar fundamental que profundiza la democratización de la salud y aporta a los procesos de construcción ciudadana. Para la comisión también lo es y fue por eso que reforzamos la integración de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, incorporando otras miradas que, a nuestro juicio, podían hacerla más completa. Es verdad que la agrandamos y que un organismo con mayor número de integrantes es más complejo, pero creemos que vale la pena diseñarla con la mayor pluralidad posible.

Los artículos 39, 40 y 41 refieren a su creación, cometidos e integración.

Luego, el artículo 42 habla de la descentralización, que es un tema fundamental. Más allá del porcentaje poblacional, no podemos hacer una ley con mirada montevideana o, a lo sumo, metropolitana. La ley es para todo el territorio, por lo que incorporar la descentralización es un avance importante desde su diseño.

El octavo y último de los puntos a los que hace referencia este colectivo dice que hoy en Uruguay persisten imaginarios sociales que estigmatizan a las personas afectadas en la salud mental como locos, delirantes, alienados, psicópatas; en una palabra, peligrosos. Se trata de una situación difícil y una ley no va a cambiar esto, pero va a promover, va a consolidar transformaciones. Sin embargo, la mayor transformación la tenemos que hacer cada uno de nosotros con relación a nosotros mismos y al otro, a lo que muchas veces nos separa del otro por verlo de una forma diferente.

Un primer paso es la derogación de la ley del psicópata, no solo porque reconoce tiempos y formas que ya han quedado caducas y en desuso, sino también porque hay un valor simbólico en esa decisión. Este proyecto cambia el modelo de abordaje de la salud mental, comenzando por el reconocimiento expreso del derecho a su protección.

Debo confesar que durante el tratamiento de este proyecto de ley, en todo momento recordé a una persona muy especial en mi vida, alguien con quien aprendí a caminar siendo ya bastante más grande que cuando uno empieza a caminar de bebé. Me refiero a José Pedro Cardoso, segundo legislador socialista y primer senador socialista en el Parlamento uruguayo, que fue un hombre que, en su especialidad –era psiquiatra–, siempre tuvo la preocupación por el trato que recibían las personas enfermas. Galeano decía con relación a José Pedro Cardoso: «Es un ejemplo vivo, que no tenemos el derecho de olvidar ni por un ratito». Y en todo el proceso de discusión de esta iniciativa recordé la dedicación y las propuestas que siempre planteó a nivel legislativo.

En 1936 se aprobó la ley, y en 1938 el doctor Cardoso llevó adelante una importante interpelación al ministro de Salud Pública, el catedrático doctor Blanco Acevedo –una eminencia–, por la falta de una política nacional de salud mental y las carencias que existían a nivel hospitalario. Recordemos que Cardoso trabajó tanto en el Vilardebó como en la Colonia Etchepare.

Me parece que se ha acumulado relativamente poco a lo largo de estos ochenta años, pero el último proceso de involucramiento de diferentes colectivos ha generado, con la participación del Ministerio de Salud Pública, un conjunto de avances que hacen que este Parlamento deba comprometerse en el más rápido y profundo tratamiento de esta nueva ley, para poder implementarla a la brevedad.

Como final, quisiera leer el relato *El espejo,* de Eduardo Galeano. Dice así: «Solea el sol y se lleva los restos de sombra que ha dejado la noche.

Los carros de caballos recogen, puerta por puerta, la basura.

En el aire tiende la araña sus hilos de baba.

El Tornillo camina las calles de Melo. En el pueblo lo tienen por loco. Él lleva un espejo en la mano y se mira con el ceño fruncido. No quita los ojos del espejo.

–¿Qué hacés, Tornillo?

–Aquí –dice–. *Controlando al enemigo*».

Hay que pensar cuán loco o cuán cuerdo estaría el Tornillo.

Muchas gracias, señor presidente.

SEÑOR CARÁMBULA.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR CARÁMBULA.- Señor presidente: sentimos que hoy estamos abordando en el Senado un proyecto de ley realmente trascendente, y en ese sentido valoramos altamente las intervenciones realizadas por la señora senadora Passada, el señor senador García y la señora senadora Xavier. Pero nos parece imprescindible agregar algunas consideraciones generales al respecto.

Tengo en la mente una imagen que señalaba Hugo Achugar cuando concurrió a la comisión en nombre de Caminantes: aquel barco sin capitán, perdido en la historia, al que subían a las personas carentes de discernimiento. También recuerdo la referencia que hizo una de las colegas psiquiatras que vino del interior al tren que salía desde Paysandú con los locos, rumbo a la colonia, con destino «vaya a saber qué iba a pasar».

Hoy estamos abordando la derogación de la ley del psicópata, que tiene ochenta años y hay que verla en el contexto de su época. Ha pasado mucho tiempo desde aquel barco sin capitán en el que subían a los alienados, pasando por la aprobación de esa ley hace ochenta años, y lo que estamos abordando hoy.

Quiero subrayar –no para reiterar, sino por el futuro– que esta ley nace de una historia de concertación. En 1986, a la salida de la Dictadura, surge el primer Plan Nacional de Salud Mental, y en ese proceso aparece luego el Programa Nacional de Salud Mental de 2005. Pero también es necesario recordar que ha habido una historia de desfase entre las definiciones y las realizaciones. Tal vez ese es uno de los temas centrales que debemos abordar hacia el futuro.

También quiero subrayar una parte de la enunciación de este proyecto de ley, porque tiene mucho que ver con su contenido: «[…] en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud» se plantea la ley de salud mental. Lo destaco porque somos conscientes de que en el marco de esa ley, que se puso en marcha en 2007, nos quedó rezagado el abordaje integral de la salud mental. Por eso, con

esos conceptos de universalidad, equidad, accesibilidad, calidad –que deben ser la esencia del Sistema Nacional Integrado de Salud–, hoy tenemos este proyecto de ley, producto del trabajo realizado durante tanto tiempo, ajustando y poniendo en escena la salud mental con una visión integral del sistema de salud.

Por otra parte, quiero resaltar que si abordamos este proyecto de ley desde una perspectiva de derechos humanos es porque estamos construyendo una sociedad de derechos. No es de un día para el otro que surge la afirmación y la conquista de los derechos humanos; hay una larga lucha de nuestro pueblo –y no hago referencia a instancias políticas, sino a nuestro pueblo– por sus derechos, y se van conquistando. Incorporar a la ley de salud mental una visión de derechos es una conquista de nuestro pueblo.

A mi entender, este proyecto de ley instala a la persona como centro frente a la no persona. Recuerdo que muchas veces Luis Pérez Aguirre hablaba de «aquellos que no tienen rostro», «aquellos que no son persona». Aquí, insisto, se instala a la persona como centro frente a la no persona, buscando la defensa de la identidad, el combate al aislamiento y a la estigmatización.

En lo personal, al igual que todos los demás integrantes de la Comisión de Salud Pública, valoro lo que se hizo en ese ámbito y saludo el esfuerzo de su presidenta y de la secretaría, que trabajaron muy eficientemente, aportándonos toda la información en este largo recorrido que hicimos desde hace dos años; pero antes que nada y vinculado a la conquista de los derechos, quiero subrayar el trabajo democrático, colectivo y consensuado, que es el ayer, el hoy y, fundamentalmente, el futuro. Insisto: fue un trabajo democrático, colectivo y consensuado. Es cierto que pudo haber formas de inspiración en la legislación comparada –no solo de la Argentina, sino de otros países del mundo que han avanzado en este sentido–, así como en los compromisos internacionales y en las definiciones de la Organización Mundial de la Salud y otros colectivos mundiales de salud, pero lo más importante es que en el Uruguay este proyecto de ley surge de un trabajo democrático, colectivo y consensuado.

Asimismo, saludo la actuación de la Dirección Nacional de Salud Mental del ministerio en las personas de los doctores Montalbán y Porciúncula, y de todas las organizaciones sociales, de usuarios, de familiares y demás colectivos. Me pareció extraordinario el enfoque que hizo la señora senadora Xavier a partir de Radio Vilardevoz, a través de la cual se expresan los usuarios, que ya tiene dieciocho años de trabajo continuo. Este colectivo ha aportado una documentación muy relevante, que la señora senadora ha transmitido muy bien. Y también debemos mencionar la Asamblea Instituyente, las sociedades científicas –gran parte de lo que realizamos se nutre de los aportes de todos ellos–, la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, las Cátedras de Psiquiatría y de Psicología, la facultad, el Poder Legislativo, así como todo lo que se ha acumulado en materia de resoluciones y de definiciones en todo este tiempo. Aquí se han logrado dos elementos: un consenso social, que es muy importante, y un consenso político. Estas son las bases por las cuales hoy estamos considerando este proyecto de ley; son las bases por las que sabemos que, más allá de lo que sea la ley, está el futuro. Y me gustaría subrayar también el aporte de la Comisión Nacional por una Ley de Salud Mental, que ha recogido los aportes de todas las organizaciones que han participado en este tema y ha planteado una serie de puntualizaciones, muchas de ellas respondidas hoy por las señoras senadoras Xavier y Passada.

Todo esto nos abre la perspectiva de que el proyecto no quedará solo en una ley, sino que, por el contrario, el desafío se va a plantear a partir de ella, que será un marco sólido pero flexible y, por cierto, mejorable. Comparto lo que decía la señora senadora Xavier en cuanto a que hoy hay una instancia aquí en el Senado –en la que espero que aprobemos el proyecto–, y luego habrá una instancia en la Cámara de Representantes, donde seguramente surgirán elementos a corregir o mejorar, pero lo fundamental es que este proyecto de ley es una herramienta sólida y flexible para avanzar.

En primer lugar, aquí hay un concepto que considero muy importante: la protección integral de la salud es un derecho humano fundamental. El Estado es responsable de crear las condiciones para su efectivo ejercicio en todo el territorio nacional y la salud mental debe ser entendida –tal como aquí se ha dicho– como un proceso dinámico, con componentes históricos, socioeconómicos, culturales, etcétera. Hay que tener en cuenta que la ley hasta ahora vigente, la ley del psicópata, fue redactada acorde al contexto de aquella época y regula únicamente los procedimientos para la atención de las personas con trastornos mentales graves.

El proyecto de ley actual –este es, para mí, el tema central– tiene por objeto la protección de la salud mental de toda la población. Ello tiene que ver con la protección, pero también con el involucramiento. Este proyecto de ley de salud mental no es para las personas con trastornos mentales –aunque es un tema que, por cierto, aborda–, sino que piensa en la población en su conjunto y, por lo tanto, avanzará en la medida en que toda la población avance en su aplicación. Por eso, la sociedad debe apropiarse de esta ley y llevarla adelante.

Tomo algunos comentarios de la doctora Sandra Romano, que señala que el proyecto de ley establece la integración de la salud mental en todos los programas de salud integrales y marca un modelo de atención organizado por niveles, desarrollado desde una estrategia de atención de primer nivel. Me parece que aquí hay un concepto clave, que es la identificación y el manejo de los trastornos mentales comunes de alta prevalencia en el primer nivel de atención. Esto es fundamental, porque abarca a aquellas personas –y siempre hablamos de personas– que presen-

tan algún problema de salud mental, en el marco de la atención de la salud integral. Y por cierto que en el proyecto de ley se prioriza esta atención –como bien se señalaba antes– en el ámbito comunitario, jerarquizando las redes territoriales en la promoción y prevención.

A su vez, hay un sustantivo enfoque en el sentido de modificar el sistema hospitalocéntrico hacia la inclusión en el territorio, sin dejar de considerar especialmente la situación y las necesidades de las personas con trastornos mentales severos.

En el artículo 2.º se define el objetivo general de la salud mental de la población y los trastornos mentales severos, acorde a las definiciones actualmente consensuadas. Sabemos que hoy la patología en salud mental es absolutamente dinámica en la comprensión de su etiopatogenia, a la luz de los avances de la neurociencia y del conocimiento de las bases moleculares de la enfermedad. No tenemos ninguna duda de que estamos avanzando mucho en el conocimiento molecular y de que muchas de estas definiciones con el tiempo deberán acordarse teniendo en cuenta las nuevas dimensiones.

Pero lo más importante es que, junto con el enfoque de derechos humanos, que es el cambio de paradigma en torno a la persona, hay un enfoque que a mi entender es fundamental: el paradigma de la recuperación. Es decir que no debemos tratar a la persona con trastornos mentales como algo fijo, inmóvil, ni pensando en que es imposible mejorar su calidad de vida. Por el contrario, el paradigma que nos convoca es la recuperación de la persona y su inserción en la sociedad. Por eso, este proyecto de ley propone la coordinación interinstitucional para el desarrollo de estrategias y programas transversales orientados a la inclusión.

Son muy importantes, en las consideraciones generales, la diversificación de los dispositivos de atención y modalidades asistenciales. Se plantea, como se ha dicho, un tema central, que es desinstitucionalizar a las personas con trastornos mentales a través de la creación de estructuras alternativas. En este sentido, hay un tema fundamental que también se ha subrayado: el cierre de las estructuras asilares y la transformación de las estructuras monovalentes.

Este proyecto de ley –y este, a mi entender, no es un tema menor, sino mayor– mandata a formular el Plan Nacional de Salud Mental. Es decir, esta ley puede quedar en las grandes disposiciones, en las grandes orientaciones, pero necesita una pata de rápida implementación, que es el Plan Nacional de Salud Mental. Y esto, sin duda, es una obligación para las instituciones, para los equipos de salud, para todas y todos los actores protagonistas de este tema. El proyecto de ley es un marco sólido y flexible, pero sin duda lo que viene por delante depende de todos nosotros y de todos quienes están involucrados en este tema.

Lamento tener que invocar al señor senador García, porque hemos coincidido en gran parte de la consideración de este proyecto de ley, pero creo que esto no es solamente papel escrito ni es tomar la legislación argentina. Aquí hay mucho trabajo, mucho consenso, mucha discusión, mucha participación y mucho esfuerzo. Esa circunstancia, es decir, el hecho de que la sociedad que hoy tenemos los uruguayos pelee por sus derechos, asegurará que hacia el futuro la ley no quede solo en un papel escrito. Se trata de una formidable herramienta que desafía a la sociedad en su conjunto. Y, sin duda, el período que se inicia luego de la aprobación de la ley –que esperamos concretar en el día de hoy en el Senado para que se pueda tratar en los próximos días en la Cámara de Representantes– es una formidable oportunidad para seguir avanzando en cambios que son imprescindibles para la población en general, para las personas con trastornos mentales, para los colectivos, para los familiares, para las instituciones y para los equipos de salud. Y aquí destaco parte del informe de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, brindado por la doctora Sandra Romano, que señala que esto es un desafío para el colectivo de los trabajadores que están en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Se deja de tener una visión separada respecto de la atención de los pacientes con trastornos mentales y la de quienes se atienden en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Más que nunca, aquí hay una gran responsabilidad de quienes conducen y trabajan en el Sistema Nacional Integrado de Salud, esa gran conquista de nuestro país.

En su concurrencia a la comisión en nombre de Caminantes, una de las organizaciones sociales que representa a los familiares de estos pacientes, el señor Homero Peyrot expresó que el estigma no se supera con la ley, con lo cual estoy de acuerdo. El estigma no se supera con la ley, pero esta es una herramienta, entre tantas, para combatirlo. Particularmente, el modelo de atención que estamos definiendo en esta ley es un instrumento que ordena y orienta las prácticas de atención de la salud de acuerdo con una dirección política de salud –en grandes términos y no en términos menores– y en base a una concepción teórica de lo que es el derecho a la salud. La definición de ese modelo de atención que estamos planteando, a nuestro entender, contempla aspectos de ideología de la salud, conocimiento, ética y evidencia.

Entendemos que la aplicación del modelo de atención requiere –ese es el gran desafío– una coherencia entre las estructuras, la organización del sistema y la actitud de los diferentes actores en estos temas. En general, hay un cuestionamiento sobre los profesionales de la salud mental: los siquiatras, los psicoanalistas, los psicólogos. Se cuestiona también a quienes son parte de los colectivos de usuarios, de familiares y de organizaciones de derechos humanos. En este desarrollo del modelo de atención es imprescindible la coherencia entre la estructura, los métodos, el sistema y la actitud. Y por eso este tema está dentro de un Plan Nacional de Salud Mental en el que hay que definir etapas. Hay una etapa en donde coinciden distintos mode-

los y debemos evitar que eso lleve a frustraciones. Esto no se resuelve de un día para el otro, ni tampoco supone que caigan repentinamente aquellas estructuras de una forma de pensamiento asilar o alienante, sino que es un proceso en el que debemos recorrer etapa tras etapa, ir paso a paso, pero en el que es imprescindible contar con la generalidad de la ley y con la vigencia de un plan. Se trata de un proceso de atención que nosotros debemos consolidar.

Rápidamente voy a subrayar –y con ello termino, para no repetir conceptos, porque lo más importante es votar este proyecto de ley, dado el consenso que tiene en esta cámara– diez puntos sustanciales de esta iniciativa.

En primer término, naturalmente, está la integración de este tema al Sistema Nacional Integrado de Salud en la perspectiva de los derechos humanos.

En segundo término, quiero mencionar los principios rectores. Aquí me tomo un tiempo para marcar los más importantes.

Como dijimos al principio, se reconoce a la persona de manera integral, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales como determinantes de su singularidad. Esto vale para todas las personas, en el contexto de un concepto de salud integral.

Otro punto que para nosotros también es muy importante es el relativo a la dignidad humana y a los principios de los derechos humanos como marco de referencia primordial de las medidas de carácter legislativo, judicial, educativo y de cualquier otra índole.

Además, están las cuestiones que vinculan estos principios rectores con lo que es el Sistema Nacional Integrado de Salud: cobertura, accesibilidad, sustentabilidad, equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones. Y cuando hablamos de estos doce o trece numerales que refieren a los principios rectores, tenemos que decir que el estado de la persona con trastorno mental es modificable. En este sentido, es importante subrayar, fundamentalmente, el concepto de autonomía de la persona, o sea, la posibilidad de autodeterminarse, la autonomía para decidir sobre su vida y sus derechos. Eso nos parece un criterio fundamental, junto con el principio de no discriminación.

En tercer lugar, dentro de los diez puntos a que hice referencia, está la intersectorialidad. El proyecto de ley aborda expresamente el derecho a la inserción laboral, a la vivienda, a la educación, al trabajo, a la cultura, a la recreación y a la identidad de las personas aquí comprendidas.

En cuarto término, podemos hablar del abordaje en el primer nivel de atención –el modelo de atención comunitaria– y del cierre de las estructuras asilares. A partir de la vigencia de esta ley no ingresa ni un paciente más a las colonias, antiguamente llamadas de alienados, con modelo asilar. Tal vez esta sea una de las piedras angulares del cambio de modelo de asistencia. A su vez, se establece el derecho a la igualdad en los tiempos de internación de agudos. Hasta hoy, paradojalmente, se mantiene la discriminación entre los pacientes del sistema médico colectivo –las mutualistas–, con un límite de treinta días, y los atendidos por el sistema público. Se termina esa discriminación a partir de la vigencia de la presente ley. Ahora habrá igualdad en los tiempos, por cierto, como más se aconseja, que es un tiempo restringido, porque el desafío es que ese paciente salga a asistirse en los modelos comunitarios, es decir, hogares residenciales, de tiempo asistido, como plantean los trabajadores del Hospital Viladerbó y de los centros psicosociales. ¡Vaya si hay experiencias importantes en la materia! Además, se busca la valoración del cambio de las estructuras monovalentes por la internación en los hospitales generales. Como decía la senadora Passada, tenemos el ejemplo del Hospital Maciel y de otros. ¡Es un salto fundamental en calidad!

En quinto lugar, está el paradigma de la recuperación que, reitero, es el gran desafío.

En sexto término –y en este proyecto de ley es un punto fundamental–, quiero subrayar el establecimiento del consentimiento informado. Como se dice en la exposición de motivos, el consentimiento libre e informado deberá constituir la base de un tratamiento y de la rehabilitación de la mayoría de las personas con trastornos mentales. Es necesario agotar los esfuerzos para permitir que una persona acepte voluntariamente el tratamiento antes de adoptar procedimientos involuntarios. Esto nos parece un tema central de esta ley, en sintonía con los principios sustanciales de la bioética: el derecho a estar bien informado y, en función de eso, el consentimiento informado.

En séptimo lugar, nos parece que este proyecto de ley establece garantías importantes en las internaciones voluntarias e involuntarias, fundamentalmente al disponer una serie de requisitos que ha detallado en el informe de la comisión la presidenta Ivonne Passada. Nos parece bien importante subrayar estas garantías.

En octavo término, se incluyen las adicciones como problema de salud mental. Vale la pena señalar que se trata de un gran campo a seguir trabajando: no solo considerar las adicciones como problema de salud mental, sino también otras situaciones que fueron planteadas en la comisión por organizaciones de familiares como Caminantes, referentes a todo lo que hace a la patología dual y a las personas en situación de calle. Estas últimas, en su gran mayoría, sufren esta patología, que implica un trastorno de su comportamiento, de su salud mental, además de otros problemas sociales y de adicción. Nos parece que introducir este concepto de las adicciones como problema de salud mental es un tema central.

En noveno lugar, como ya lo dijimos, mandata la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental. Acá insisti-

mos en algo importante que marca el proyecto de ley, que recibimos de las cátedras de las Facultades de Medicina y de Psicología. Sus representantes nos informaron acerca de lo que ya se está haciendo en materia de formación, de pre- y posgrado, de investigación, de asistencia, de docencia en materia de esta nueva concepción de lo que es la salud mental en su definición y en el marco de la asistencia de la salud integral.

Finalmente, se establece la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental, con integración plural y con funciones claramente determinadas, que ya se han relatado aquí. En cuanto al tema de su integración –que fue un aspecto que comentó el señor senador García y que seguramente se desglosará–, estará compuesta por dos miembros designados por el Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales debe ser competente en salud mental; tres miembros designados por las Facultades de Medicina, de Psicología y de Derecho, y un miembro –que se agregó a lo que venía del proyecto de ley del Poder Ejecutivo– designado por las sociedades científicas que tienen que ver con el tema. Por ende, la preocupación que el señor senador planteaba creo que está resuelta en la integración de este organismo plural. Pero lo más importante es que ahí están representados los usuarios, a través de sus organizaciones representativas, los familiares, los trabajadores y las instituciones de derechos humanos vinculadas a la sociedad civil que pelea por estos derechos. Esto nos da esa pluralidad que entendemos fundamental en un organismo con tan importante rol.

Además, quiero destacar la existencia de una visión externa –que fue la preocupación continua de las organizaciones que trabajaron en esta ley– que explícitamente enmarcamos dentro del capítulo del contralor; me refiero a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo del Uruguay. El rol que la ley otorga a esta institución –creada por el Parlamento y que tanto respetamos–, seguramente le da potestades para intervenir en estos temas de derechos, pero en la comisión quisimos enfatizar su presencia para subrayar la necesidad de ese control a todos los niveles, más allá de la representación plural que mencionamos antes.

Señor presidente: como decíamos al principio, siento que hoy estamos votando una herramienta y que lo más importante está por venir. Tenemos plena confianza de que en el futuro se afirmarán los derechos con los que hoy estamos trabajando. Sentimos que aquí, como decía la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, hay un compromiso del Ministerio de Salud Pública, de las organizaciones sociales, de las cátedras de las distintas facultades, de las academias, de las sociedades científicas y de los trabajadores en su conjunto. Creemos que se rompe con una matriz asilar y nos encaminamos a un sistema de derechos.

Como señalaba nuestro maestro Fosalba, seguramente no llegaremos nunca; seguramente habrá nuevas metas a cumplir; si creemos que hoy no está terminado este proceso es porque no estaremos muertos; el desafío es al futuro.

Muchas gracias.

SEÑOR GARCÍA.- Pido la palabra para contestar una alusión.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR GARCÍA.- Señor presidente: de todas las alusiones del señor senador Carámbula solo me voy a referir a una que, además, fue muy amable.

No hablé de «papel manuscrito» sino de «progreso manuscrito»; es un concepto que manejaba el profesor Pivel Devoto. Si es así o no, lo veremos en el futuro. En lo personal, estimo que muchas de estas disposiciones van a estar en el papel pero en la práctica no van a surtir efecto, van a ser inaplicables. A eso se refiere el concepto de «progreso manuscrito». Pero es absolutamente estéril discutirlo aquí, porque lo veremos con el transcurso del tiempo.

Por otro lado, no es ofensivo decir que la base del derecho comparado es la ley argentina, porque es un hecho fáctico, real; basta con observar esa ley y ponerla al lado de esta. Ello no quiere decir, señor presidente, que no haya habido trabajo nacional; no es un recorto y pego. Como sucede en cualquier legislación, la industria nacional es una, aunque alguna ley tenga industria extranjera, importada adecuadamente. En este caso, la base fáctica es la ley argentina que, al mismo tiempo, hoy está siendo revisada por la academia de ese país por la inaplicabilidad de algunos de los preceptos de sus artículos y por la rediscusión de otros que se establecieron oportunamente.

SEÑOR PREVE.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR PREVE.- Señor presidente: las dos palabras con las que se podría sintetizar lo que muchas personas sentimos en el día de hoy son «alegría» y «satisfacción». Alegría, por la consolidación de un cambio radical en materia de ley y, por lo tanto, en el papel, después de un largo proceso, que no comienza ni finaliza hoy, sino que solamente es un mojón; alegría, porque este proyecto necesariamente trae una nueva mirada, tal como lo requieren los procesos históricos. Y satisfacción, por la síntesis de todo este proceso.

Entonces, vamos a votar este proyecto de ley con gran satisfacción en el día de hoy, que no es una fecha cualquiera, porque ayer se celebró el Día Mundial de la Salud Mental. Es un día en el que se reconocen, a nivel mundial, muchos derechos y situaciones que con esta ley traemos a

discusión en nuestro país en esta cámara y en la Cámara de Representantes.

Como dijimos, este tema forma parte de un proceso que se consolida hoy, un día después de la fecha de conmemoración del Día Mundial de la Salud Mental; no es un día cualquiera para nuestro país y debería ser recordado de alguna forma. ¿Por qué afirmo esto? Porque la ley en discusión cambia muchos paradigmas y, a mi entender y al de muchísimas personas que integran este Cuerpo, genera nuevas y buenas perspectivas.

Voy a ser sintético, porque ya se ha dicho mucho anteriormente y se ha abundado en el tema, pero me gustaría reiterar algunos conceptos. Como recién señalaban los señores senadores Carámbula y Passada, además de otros que hicieron uso de la palabra anteriormente, los procesos son lentos y probablemente los resultados no puedan verse en el corto plazo, pero, aun así, estamos siendo partícipes y artífices de un gran cambio que, desde el punto de vista de la salud en general y de la salud mental en particular, es un punto de inflexión en la historia de nuestro país, no solamente sanitaria sino también social, porque esta ley tiene un enfoque particular en los derechos. Esta iniciativa intenta proponer un cambio de idioma y hablar un lenguaje diferente al utilizado hasta hoy. Afortunadamente, los procesos de cambio son dinámicos; ya se ha venido cambiando y hoy comenzamos a plasmar cambios que continuarán en el futuro. Reitero que se propone un cambio de paradigmas: este proyecto de ley tiene como centro a las personas y entiende a la salud mental como un derecho humano fundamental, aspecto en el que voy a redundar porque es la esencia misma de esta normativa.

Como se mencionó anteriormente, también se introduce otro cambio de paradigma relevante: se trata de un enfoque comunitario que se contrapone a la vieja concepción asilar y de hospitalización. En lo institucional, se propone una mirada intersectorial y no exclusivamente sanitarista o medicalizada, con enfoques interdisciplinarios –¡vaya si son necesarios!– en lo técnico y lo profesional, aspectos muy necesarios. Otro aspecto a destacar en el cambio de paradigmas es el cierre de los mal llamados manicomios, que son estructuras asilares o monovalentes de agudos. Hablamos del nacimiento de estructuras alternativas que brinden asistencia social o sanitaria. En este proyecto de ley se incluye un enfoque social global, transversal desde lo institucional, disciplinario y profesional. Por lo tanto, teniendo en cuenta todo esto, vamos a votar con satisfacción esta iniciativa.

La perspectiva de los derechos humanos y la dignidad de las personas es el sustento teórico de este proyecto de ley, haciendo particular hincapié en los principios de autodeterminación de las personas. ¡Y vaya si esto es importante! Se enfoca en el principio de no discriminación, y si bien sabemos que esta no se elimina mediante el papel, se dan fundamentos para avanzar hacia la reducción del estigma, la exclusión social, la segregación y el aislamiento que las personas con problemas de salud mental, integrantes de un colectivo social vulnerable, cargan sobre sí mismas y sobre sus familias.

Otro cambio de paradigma radica en que este proyecto de ley se centra en la salud de las personas y no solamente en los trastornos –que obviamente están incluidos– o la enfermedad. Se trata de un enfoque desde la salud y aborda la problemática desde una visión psicológica, social y cultural y no desde un punto de vista biologicista y reduccionista de la enfermedad.

Este proyecto de ley también fomenta actividades de promoción sanitaria y de prevención, así como el tratamiento y la rehabilitación. Hace especial énfasis en la inserción o reinserción social, con una mirada integral, humana y universal. A su vez, promueve el cierre de las estructuras asilares exclusivamente psiquiátricas, lo que será un hito en la historia de nuestro país. La llamada «desmanicomización», como neologismo, es una urgencia para poder comenzar a caminar hacia la eliminación de la segregación, hacia la reducción del estigma, de la exclusión y del aislamiento que genera la internación de las personas en este tipo de establecimientos. Si bien el plan en sí mismo será el que logre incluir socialmente a estas personas, el proyecto de ley marca el camino y traza la senda.

Se dispone la hospitalización de estas personas en salas de hospitales generales o sanatorios, como estructura alternativa, y eso genera inclusión. También se prevé la creación de dispositivos alternativos en la comunidad, tanto de atención diurna como de veinticuatro horas, en asistencia sanitaria y social. Su objetivo es generar inclusión y vínculos con la comunidad, cercanía y una inserción real social de estas personas con problemas de salud mental al brindar una mayor base y apoyo para su rehabilitación.

Seguramente, los detalles estarán reflejados en el Plan Nacional de Salud Mental al que esta ley mandata. Se crea un modelo asistencial con red única pero con atención comunitaria de cercanía e integración, con un abordaje familiar y comunitario por un lado y, por otro, con asistencia especializada, complejidad creciente, integral e interdisciplinaria, en la que deberán interactuar diversos técnicos, profesionales y cuidadores. Por lo tanto, hablamos de equipos básicos y especializados; de redes y dispositivos como estructuras alternativas de atención para la rehabilitación psicosocial. Esto se hará de acuerdo con los procesos evolutivos y teniendo en cuenta la complejidad de cada persona, lo que permitirá el máximo desarrollo posible de sus capacidades, apuntando a su autonomía progresiva.

La ley da un marco jurídico a todo lo expuesto anteriormente y también en lo relativo a la universalidad y equidad. Como bien dijo el señor senador Carámbula, paradójicamente en la actualidad esto no es así, pero cuando la ley se haya promulgado y esté vigente, habrá universa-

lidad y equidad en la atención de estas personas por parte de los diferentes efectores, tanto privados como públicos.

Esta iniciativa encomienda al ministerio a trabajar en un programa y allí es donde radica el gran desafío del futuro. Las organizaciones sociales, con toda su potencia, deberán exigir que el plan que este proyecto mandata transforme en hechos todo lo que hoy estamos votando aquí. La ley da un marco sólido para crear un Estado garante de inclusión social, laboral, cultural y educativa, facilitando el acceso a la vivienda, entre otros aspectos, pero será el plan –hablamos de diferentes planes, puesto que esto es algo intersectorial– el que, con el empoderamiento de la sociedad, hará que lo que hoy votamos aquí se transforme en hechos en el futuro.

Como se ha dicho, esta iniciativa se elaboró con una amplia participación de actores y organizaciones sociales, profesionales, académicas y políticas. Es claro que todo este proceso de legislación que se inició hace ya un tiempo, tiene como propósito cambiar una concepción caduca y obsoleta –quizás en su momento fue vanguardista pero ya no lo es–, expresada en la ley del psicópata de 1936. Esta necesidad se hace evidente ante los nuevos paradigmas que la ciencia y la evolución social y cultural imponen al día de hoy. Este proceso tuvo un mojón importante en 1986, cuando se implementó un plan de salud mental que introdujo los conceptos de trabajo intersectorial e interdisciplinario y la idea de un cambio en el modelo asistencial. Sin embargo, no avanzó con la velocidad que los tiempos demandaron. Por lo tanto, aquí hay un desafío importante en el sentido de empujar y hacer avanzar este enfoque, que seguirá con el plan que se presenta. Debemos tener en cuenta que la transformación real será a futuro y no hoy; hoy se consolida una nueva mirada y un cambio de paradigma.

El modelo propuesto será bisagra para la historia de la salud mental de nuestro país y necesita políticas estratégicas que estén orientadas bajo la rectoría, supervisión y contralor del Ministerio de Salud Pública, pero teniendo en cuenta que la iniciativa se enmarca en la protección de los derechos humanos, también se introduce el rol de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo como herramienta para dar garantías. Quiero detenerme en este aspecto de la rectoría, la supervisión y el contralor porque fue uno de los puntos que generó mayor discusión y tensiones. A modo de síntesis, se acordó el contralor mixto entre el Ministerio de Salud Pública, supervisando y controlando los aspectos sanitarios, y el Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo –esto se dice a texto expreso– en lo relativo al resguardo, promoción y defensa de los derechos humanos. Todo lo que se ha dicho anteriormente puede parecer frío o aburrido, pero es el marco general de una política pública futura de un país que defiende a su gente desde lo más racional, afectivo y esencial, como son los derechos humanos. Esto, que podría parecer banal, en el corto y mediano plazo será un cambio real cotidiano para muchas personas que, dicho sea de paso, podrían ser cualquiera de nosotros o de nuestros familiares.

Al decir de un paciente: «Tengo derecho a que cuiden de mi salud, a que me den oportunidades, a que me integren a la sociedad, a que no me aíslen, a que no me estigmaticen, a que no me excluyan y a que no me aparten. Tengo derecho a que me atiendan bien, de manera equitativa, con calidad humana, técnica y profesional. Tengo derecho a ser parte de una sociedad, a que no me alejen de mis seres queridos, a poder tener una vivienda, trabajo, a rehabilitarme, a que me ayuden a salir y también a que me protejan de entrar. Tengo derecho a mi atención, a que me incluyan y, por lo tanto, derecho a ser».

La realidad de la salud mental, señor presidente, muestra que el camino es complejo, largo, dificultoso y quizás no tenga fin. Se ha trazado una nueva senda que hoy se consolida con gran paciencia, pasos firmes y con la certeza de que estamos asistiendo a un cambio radical. Hay que hacer camino al andar.

Por último, me gustaría hacer la siguiente reflexión y es que los países que con legislación y proyectos protegen a sus ciudadanos vulnerables, reflejan una sociedad entera que respeta, que se preocupa y ocupa de su gente. No es el principio, no es el final, pero es bueno saber que caminamos hacia un país pleno de derechos.

Muchas gracias, señor presidente.

12) PRÓRROGA DE LA HORA DE FINALIZACIÓN DE LA SESIÓN

SEÑOR MICHELINI.- Pido la palabra para una cuestión de orden.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR MICHELINI.- Formulo moción para que se prorrogue la hora de finalización de la sesión hasta agotar el tema en consideración.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar.

(Se vota).

–19 en 19. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

13) SALUD MENTAL

SEÑOR PRESIDENTE.- Continúa la discusión general del proyecto que figura en segundo término del orden del día.

SEÑOR MIERES.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR MIERES.- Señor presidente: sin duda que el tema que aborda este proyecto de ley es de una importancia mayúscula para la sociedad uruguaya; en particular, con el modelo demográfico que tenemos, diría que va a ser una temática cada vez más prevalente en nuestra sociedad.

Obviamente, nosotros vamos a votar afirmativamente. El Partido Independiente no integra la Comisión de Salud Pública, por lo que no tuvimos la oportunidad de mantener una presencia permanente en el debate. De todos modos, estuvimos estudiando el tema con nuestros asesores y vamos a votar en general el proyecto de ley. Nos parece que es un texto que da marco legal a un modelo de atención que, de hecho, ya existía. No creemos que este proyecto de ley funde un nuevo modelo de atención, sino que en realidad busca terminar con los restos del viejo modelo asilar, que era cuestionable y cuestionado desde larga data. Sin embargo, en los hechos seguimos conviviendo con realidades pertenecientes a esos dos modelos. Es más, quizá ni siquiera hubiera sido necesaria una ley para avanzar en esta dirección. Lo cierto es que tampoco tenemos garantías, porque hay algunos elementos que tienen que ver con la asignación de recursos, para terminar con las experiencias de hospitalización o de internación obligatoria y permanente en los hospitales psiquiátricos. Nosotros creemos que debería –y en ese sentido compartimos algunas de las críticas que se han hecho– incluirse una fecha cierta para el cierre de las colonias psiquiátricas, tanto de la Etchepare como de la Santín Carlos Rossi, o del propio hospital Vilardebó.

Estamos de acuerdo en que el modelo debe ser la existencia de hospitales con alas para internación por razones de enfermedad mental, de pacientes agudos, en lugar de tener hospitales psiquiátricos o colonias. Por lo tanto, nos hubiera gustado encontrar en el proyecto de ley, por un lado, una fecha cierta de cierre de estas experiencias que refieren a un modelo obviamente cuestionable, condenable y anacrónico y, por otro, ciertas garantías con respecto a los recursos necesarios para que ello ocurra. Estamos hablando de que hay mucha gente que sigue internada en esas colonias, cuyo traslado o cambio de situación no es fácil si no existen recursos suficientes.

En lo que tiene que ver con el tratamiento en particular del proyecto de ley nosotros vamos a marcar nuestra discrepancia en dos puntos. El primero está relacionado con la modalidad de hospitalización involuntaria o compulsiva. En cuanto a los requisitos profesionales, se plantea que se precisa la firma de dos médicos, pero solo uno con especialización en salud mental y ningún psicólogo. Nos parece que ese no es el mecanismo apropiado y que debería establecerse que ese tipo de decisiones se tienen que tomar con la firma de dos profesionales especializados en salud mental, y no por un médico cualquiera más un psiquiatra. Creemos que ese no es el camino correcto, que hay un desconocimiento de la importancia de las especializaciones vinculadas a las enfermedades mentales, tanto desde la psiquiatría como desde la psicología.

Particularmente, no compartimos la solución dada en el capítulo VI con respecto a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención de la Salud Mental. Tenemos dudas acerca de si es bueno que esté dentro del marco del Ministerio de Salud Pública. Creemos que esas son de las típicas tareas de contralor que deben realizarse, que están incluidas dentro de la norma, pero de forma compartida con la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo. Entendemos que es ella la que tiene que ejercer el contralor del buen funcionamiento de la atención de la salud mental. La referida comisión tiene diez integrantes –son muchos– y cuenta con muchas y variadas funciones. Además, hay miembros honorarios y rentados. De sus integrantes, tres son de la Universidad de la República y ninguno de las universidades privadas. Nos parece que la integración no es razonable porque no toma en cuenta que una eventual comisión de este tipo tiene que ser más chica y más equilibrada en su integración. A su vez, a partir del plan de salud de 1986 se han llevado adelante iniciativas que van en la buena dirección y, si bien han sido pocas o escasas, deben ser reconocidas. En realidad, más que resolver los problemas, este es un proyecto de ley que establece un marco, que es compartible; ya veremos en el futuro si la política de salud lo realiza o lo concreta efectivamente en la práctica porque no alcanza con este marco que vamos a votar.

Señor presidente: cuando lleguemos a la discusión particular vamos a pedir que se desglosen los artículos que no vamos a acompañar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Vamos a saludar la presencia de dos grupos de estudiantes de 5.º año, y a sus respectivos maestros, de la escuela de Parque del Plata, que nos acompañan en el día de hoy.

SEÑOR GARÍN.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR GARÍN.- Señor presidente: nos sumamos a la alegría que expresaba el señor senador Preve sobre la oportunidad de estar hoy abriendo al debate parlamentario este proyecto sobre salud mental desde una perspectiva de derechos humanos y en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Aquí estamos siendo parte de una iniciativa que claramente surge de la necesidad, en primera instancia, de dar por superado lo que significaron la Ley n.º 9581 y la figura del psicópata. Ochenta años de trayecto han significado innumerables postergaciones y privaciones, esencialmente, de muchos derechos de quienes han estado afectados por temas de salud mental.

En realidad, debemos resaltar que esta iniciativa forma parte de los lineamientos programáticos de nuestra fuerza política para el Gobierno 2015-2020, en donde se funda la necesidad de establecer un nuevo plan nacional de salud apostando claramente a combatir la discriminación y la exclusión desde iniciativas de fuerte participación social. Como claramente expuso la senadora Passada, hasta el enunciado del largo listado de organizaciones sociales que fueron parte de esta discusión en la Comisión de Salud Púbica ha dejado en evidencia que se ha transitado un dilatado camino para construir un nuevo paradigma respecto a la salud mental, tema sobre el cual los senadores que me precedieron se han extendido pormenorizadamente.

Creemos que la búsqueda de esta solución, sin lugar a dudas, apuesta a un nuevo modelo de atención en salud, y lo hace esencialmente jerarquizando la salud mental como elemento central, pero también desde la perspectiva del reconocimiento de los derechos humanos de todas las personas afectadas. Por esos motivos, en esta oportunidad queremos agradecer especialmente todas las contribuciones que nos fueron llegando desde organizaciones sociales, la academia y los distintos colectivos de familiares, que han contribuido mucho en la redacción de este proyecto de ley que hoy está en consideración.

A pesar de que no vengo del escenario médico, me voy a tomar la atribución de dejar un especial agradecimiento a las personas que forman parte de las organizaciones sociales, a los académicos, a los diferentes actores de la sociedad que contribuyeron de manera importante para que este proyecto sobre salud mental fuera elaborado sobre la base de los derechos y el reconocimiento de la aplicación de procesos de humanización. Se construye así una estructura asistencial comunitaria organizada en redes y especialmente apoyada en el nivel de atención primaria como esfuerzo principal del nuevo paradigma de atención. Al mismo tiempo, se dejan claramente pautadas las indicaciones para empezar a desandar el camino de la asistencia por la vía de los centros asistenciales monovalentes y asilares.

A lo largo del articulado del proyecto de ley que ya fue presentado por la señora senadora Passada y comentado por la señora senadora Xavier y los señores senadores García y Carámbula –y ni que hablar el señor senador Preve, quien reforzó los conceptos–, se deja en claro que aquí se está proyectando un camino que va a quedar reflejado en el texto de lo que será la ley y que seguramente va a orientar hacia el nuevo paradigma. Me tomo la libertad de decir, por las caracterizaciones que hicieron algunos actores con los que tuvimos oportunidad de interactuar, que en parte de esta redacción se ve reflejado el sueño de algunas personas que mucho han trabajado en los últimos años en la construcción de un nuevo modelo de atención de la salud mental.

El hecho de recibir esos planteos nos obliga a agradecer muy especialmente a esas personas que nos trasmitieron lo que han sido, en última instancia, sus saberes, sus aprendizajes y su apuesta a revertir procesos de postergación y de segregación que han sufrido quienes se ven afectados por problemas de salud mental en nuestra sociedad. Lo agradecemos desde la perspectiva de que, seguramente, muchos de ellos –activistas, militantes o simples ciudadanos– contribuyeron a forjar, desde su solidaridad hacia la temática, los conceptos que hoy tiene este proyecto; agradecemos, entonces, la bondad que tuvieron de ponerse a disposición para que esta discusión fuera más rica.

Tenemos la firme expectativa de que el tratamiento de este proyecto de ley conducirá a una ley definitiva. Esperamos que para esas personas sea una nueva recompensa y un elemento que sume al regocijo por su esfuerzo de largo tiempo, que seguramente han mantenido sobre la base de la fuerza interna de su compromiso con la temática.

No vamos a entrar en el pormenorizado tratamiento de cada uno de los artículos porque creo que esos aspectos han sido extensamente planteados por parte de los diferentes senadores que me precedieron en el uso de la palabra; solo voy a agregar dos elementos más. Por un lado, queremos reafirmar algunos aspectos que entendemos que son fundamentales en este proyecto y, por otro, vamos a hablar brevemente de algunas perspectivas desde el enfoque con que, por lo menos, lo visualizamos.

En cuanto a la reafirmación de algunos de los aspectos incluidos, me voy a referir particularmente al tema de la autodeterminación que está previsto en el artículo 3.º. Nos parece que es un enfoque muy adecuado plantear, como principio rector de este proyecto, el derecho a la autodeterminación; defendemos especialmente el concepto de que sea reconocida como un derecho general. Se dispone de ella hasta tanto nadie se la quite. Queremos dejar planteado este concepto porque nos parece que es la forma de reconocer la autodeterminación como un principio general del que todo el mundo dispone; en esos términos lo plantea el artículo 3.º del proyecto de ley. Si no está claro, me parece que es importante dejar planteado, en el ámbito de la discusión general de este proyecto, que la autodeterminación debe ser considerada como un derecho general y que preexiste por sí misma ante cualquier situación. Lo que la cambia es poder identificar que hay elementos suficientes para suspenderla, pero el derecho general, por encima de todo, es la autodeterminación.

Ese derecho no solo se reconoce en el artículo 3.º, sino que además se resguarda a través de programas y de proyectos, como se establece en el artículo 11, que refiere a la coordinación de programas y planes referidos al tratamiento de las personas con trastornos mentales. Entre otras cosas, ahí está planteada una acepción muy amplia: adultos, niños, adolescentes y niñas e, incluso, personas que estén privadas de libertad, quienes también deben tener derecho a la autodeterminación en los aspectos de salud mental. Eso debe estar por encima de la instancia o

la circunstancia particular que le signifique la privación de libertad.

Por otra parte, nos parece importante consagrar este principio de autodeterminación como derecho general, especialmente a la luz de algunas aseveraciones –que hemos escuchado en los medios de prensa en los últimos días, e incluso en las últimas horas– que prevén que en el futuro una de cada cuatro personas va a sufrir en algún momento de su vida algún trastorno mental. Entonces, ¡vaya si será importante que la autodeterminación sea un principio general! No consideramos adecuado que algunas de esas personas, que eventualmente puedan sufrir, de manera transitoria, algún trastorno mental, queden estigmatizadas y discriminadas por la sola situación de que en algún momento lo padecieron.

Como dije y reiteré varias veces, apostando a esta situación de autodeterminación, nos parece importante consagrarla como un derecho general, por cuanto ello nos permitirá tener una salud mental más robusta y quedar libres claramente de los prejuicios con que muchas veces se aborda esta temática.

Simplemente, quería reforzar algunos conceptos que están incluidos en el proyecto de ley porque ya se han repasado muy detenidamente diferentes aspectos del articulado.

A continuación me gustaría referir a cuestiones, que entendemos son de perspectiva, sobre la aplicación de la eventual ley, en caso de que prospere este proyecto.

Creemos –y acompañamos– que el Uruguay y los uruguayos se merecen un mejor escenario para la salud mental en el futuro. Estamos construyendo, poniendo en papel un nuevo paradigma de la salud mental y removiendo el que preexistía, que estaba respaldado en la Ley n.º 9581.

Las leyes son letra y a la letra le tenemos que sumar acción. Es indudable que el cambio de paradigma será el resultado de un proceso de acciones que deconstruyan lo que existía para construir uno nuevo. El paradigma preexistente, que duró ochenta años, generó privaciones, desconocimiento de derechos y un modelo asistencial. Ahora vamos a la derogación de ese marco legal para construir uno nuevo que, desde los derechos y el reconocimiento de una atención comunitaria, asegure el mejoramiento de la salud mental. El tema es que todos los ciudadanos, todas las personas que viven en este país, tendremos que transitar el camino de tener acciones. En este sentido, para promover este nuevo modelo de atención, aliento especialmente a las personas que hoy son parte de ese núcleo duro que ha mantenido activas las acciones, a prepararse para seguir sumando acciones en la construcción del nuevo paradigma, que será una reforma y traerá aparejados cambios de conductas. El paradigma y las conductas preexistentes dejan atrás cosas perjudiciales para la asistencia y el reconocimiento de los derechos, pero también va a tener que dejar atrás intereses y beneficios que se generaban. Es más, como estos intereses afectados se van a expresar en contra del nuevo paradigma, todos quienes creemos en él deberemos convocarnos para empezar a construir dos líneas de acciones afirmativas o proactivas: por un lado, una que permita la construcción de las acciones que tiene este nuevo paradigma que estamos poniendo a consideración en el día de hoy, cuya conclusión final será que la iniciativa se transforme en ley. Por otro lado, habrá que impulsar acciones proactivas que permitan deshacernos o descargarnos de las conductas del viejo modelo, con sus saberes, sus reconocimientos sociales, sus prácticas y los intereses que generaba.

Al inicio de este debate –que claramente continuará en la Cámara de Representantes–, nos parecía conveniente también dejar sobre la mesa la necesidad de reflexionar sobre todo lo que deberemos trabajar en conjunto a partir del día siguiente a la aprobación del proyecto de ley, en los dos campos: acciones proactivas en defensa de este paradigma y acciones proactivas para despojarnos del anterior. Si lo logramos, seguramente lo que hoy estamos considerando en letra se volverá acción y una nueva realidad; de lo contrario, solo tendremos una nueva ley. De todos modos, estamos convencidos de que debemos tener una nueva ley que defienda una nueva modalidad de tratamiento y de atención a la salud mental, removiendo el modelo anterior.

Reitero que nos congratulamos y agradecemos los aportes de todos los que han participado en este planteo. A la vez, nos invitamos a encontrarnos al otro día de la aprobación del proyecto de ley para trabajar activamente en la defensa y en la construcción de los lineamientos de la iniciativa, removiendo el anterior modelo de atención.

Muchas gracias.

SEÑOR BORDABERRY.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR BORDABERRY.- Señor presidente: a esta altura del debate creo que ya se ha dicho mucho y que siempre es muy poco lo que se puede agregar, salvo comunicar la posición de la bancada del Partido Colorado.

Es obvio que apoyamos calurosamente este proyecto de ley, no solo porque lo compartimos, sino porque si se va al programa de gobierno que presentamos a la ciudadanía y a la Corte Electoral en 2014, se encontrará un capítulo expresamente dedicado a desarrollar una nueva política nacional en materia de salud mental. Y allí, en los titulares –solo me referiré a ellos– se dice: «Promover la mejor calidad de vida a los enfermos mentales, educación a sus familias y contención del grupo familiar». Como objetivos se fijaban: «Procurar la disminución de pacientes institucionalizados en las Colonias y mejorar la calidad de atención y vida de los mismos. Educar a las familias de los pacientes con patología psiquiátrica crónica y severa para una convivencia de calidad para el núcleo familiar.

Desarrollar un sistema de atención de enfermos psiquiátricos en crisis ya que no hay estructuras de contención para estas situaciones. Avanzar en alternativas que permitan extender la asistencia a los pacientes psiquiátricos después de los 30 días de internación».

Cuando con nuestros asesores preparamos esta sesión revisamos los programas de los otros partidos –no tuvimos mucho tiempo para hacerlo– y encontramos algo similar en el programa de gobierno del Frente Amplio, en donde se establece como área prioritaria la salud mental –como lo hicimos en nuestra propuesta–, con «énfasis en la afectación de los trastornos mentales severos y recurrentes, las problemáticas de violencia y muerte violenta y el consumo problemático de sustancias y las adicciones».

De aprobarse hoy este proyecto de ley, obviamente contará con nuestro apoyo porque es una de las preocupaciones que en su momento nuestros equipos técnicos plantearon y que compartimos. Por lo tanto, creo que siempre es bueno destacar cuando se comparten las preocupaciones.

Tampoco quiero centralizarme únicamente en la crítica a la Ley n.º 9581 porque, como bien dijo hoy algún señor senador preopinante, era una ley para otro tiempo. Quizás significó un avance con respecto a tiempos anteriores –en que ni siquiera había una ley especializada en ese tema–, pero evidentemente cumplió su ciclo y no es la adecuada para los tiempos en que vivimos.

Hay una película titulada *Hombre mirando al sudeste* –que seguramente muchos habrán visto– del argentino Eliseo Subiela, donde el personaje, llamado Rantés, llega a una clínica y dice que es extraterrestre y que viene a estudiar la estupidez humana. Al final del día termina haciendo que todos se pregunten quién es el cuerdo y quién es el loco, quién tiene el trastorno y quién no lo tiene. Hay una escena formidable –creo que es de las mejores que he visto en el cine– en la que Rantés se pone a dirigir una orquesta y bailan todos; realmente hace pensar al psiquiatra y a uno cuestionarse muchas cosas.

Como bien señalaba el señor senador Carámbula, con esta ley estamos haciendo lo más importante ahora, para estos tiempos, pero –como dijo– también debemos saber que la ley no es mágica, que no alcanza con su mera aprobación. A veces en el Uruguay creemos que aprobando una ley ya está todo pronto. No es así; aprobamos la ley, festejamos, avanzamos, pero no debemos olvidar –aunque a veces lo hacemos– que siempre la aprobación de una ley es el comienzo de algo, nunca el final. Para algunos puede ser el final de una lucha por su aprobación, pero lo más importante es lo que viene al día siguiente, es decir, cómo la aplicamos, cómo efectivamente se cumple lo previsto en ella porque, si no, nos llenamos de muchísimas leyes y después nos olvidamos de hacerlas cumplir.

Lo más atractivo que tiene este proyecto de ley –como me señalaban los asesores y me lo siguen diciendo porque lejos estoy de ser un especialista o de tener los conocimientos necesarios para hablar sobre este tema desde el punto de vista técnico–, además de los derechos, es el capítulo V, el gran cambio que se establece es en el «Abordaje». Se trata de un abordaje distinto que busca integrar a la persona que padece esos trastornos a la familia y a la sociedad.

En el pueblo Carlos Reyles, en Molles, allá en Durazno, recuerdo ver, de niño, al Loco Gripo recorriendo las calles. A todos los niños que andábamos por las calles o que íbamos a la misa los domingos, cuando lo veíamos entrar masticando un palo ¡nos daba un miedo! ¡Pero nos daba un miedo! Recuerdo que lo mirábamos con temor y algún vivo más grande nos amenazaba. Sin embargo, era un buen tipo. Era una persona buena. Él iba junto a su madre, que lo atendía y lo llevaba, ya grande. Había un desconocimiento general, un temor al Loco Gripo, que ya no anda por las calles de Molles porque falleció hace algunos años. Nosotros no sabíamos integrarnos ni integrarlo. Ya grande, yo miraba con admiración a su madre, que no lo había internado en una clínica o en una colonia sino que se había ocupado de él.

Quizás esa experiencia sea la que me hace pensar en que este proyecto de ley podría profundizar más –esto estaba en nuestra propuesta– en la atención y en la capacitación de la familia. Si bien en algunos artículos se hace una referencia tangencial al tema –el inciso tercero del artículo 16 expresa: «En el proceso asistencial se integrarán los recursos comunitarios y se procurará la participación de familiares de las personas con trastorno mental» y el artículo 17 refiere al reforzamiento y la restitución de los lazos sociales–, lo que hay que saber es que esos familiares necesitan asistencia, tienen que saber cómo encarar la situación y no siempre lo saben. Quizá –no en aras de crítica, sino como un aporte a este proyecto de ley– deberíamos dedicarle un capítulo a la atención del entorno familiar, que me parece importante.

También queremos referirnos al tema del contralor y hacer algunas advertencias al respecto porque eso hace a la aplicación de la ley. La existencia de un contralor adecuado va a tener mucho que ver con el éxito de las normas, porque si aprobamos normas y después no hay un contralor adecuado de su cumplimiento, estaremos en problemas.

No objeto las representaciones de todas las entidades vinculadas –que son unas cuantas–, sino la ejecutividad. Se crea un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud Pública y todos sabemos que, según el derecho administrativo, los órganos tienen distintos niveles de desconcentración; se puede llegar hasta un servicio descentralizado, pero hay órganos desconcentrados con mayor dependencia. Aquí no se establece –ni este debe ser el momento para hacerlo– cuál va a ser la estructura de este órgano desconcentrado. Suponemos que va a tener inspectores, personas que realicen controles, etcétera y no es una crítica porque normalmente esto se cumple en las leyes de rendición de cuentas o de presupuesto. Ahí es donde suponemos que esta comisión presentará al Ministerio de Salud Pública su propuesta de organización administrativa,

cargos y demás, y el año que viene, cuando discutamos la rendición de cuentas, vendrá la organización que va a ejecutarla. Pero hay un período de transición porque ¿quién hace hoy el contralor? ¿Es el inspector de psicópatas, figura creada por la Ley n.º 9581 o quien ocupe el cargo de inspector general de psicópatas creado en la Ley n.º 16170? En este proyecto de ley se deroga la Ley n.º 9581 y, por ende, el cargo de inspector de psicópatas. Además, no tendremos contralor hasta el 1.º de enero de 2018 porque vamos a considerar la rendición de cuentas en 2017 y va a entrar en vigencia en enero de 2018. O sea que habrá una etapa de transición. Anotemos todos para no olvidar que en la rendición de cuentas del año que viene debemos aprobar la estructura administrativa de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental en la cual no va a haber alguien con facultades jurídicas suficientes como para ejercer el contralor.

En derecho administrativo existe lo que llamamos el derecho de avocación, que consiste en que el jerarca de un órgano desconcentrado se avoque esas funciones, en este caso, el ministro de Salud Pública. ¿El ministro sabe que va a tener que cumplir las tareas de contralor? Quizá debería preverse –esto tal vez se haga en la Cámara de Representantes– ese tipo situaciones que se van a dar, sobre todo cuando se establezca la organización administrativa de esa comisión, que deberá poner cierto énfasis en la ejecutividad del contralor, porque aquí ni siquiera establecemos sanciones.

Quizás el aporte más grande que podemos hacer es poner énfasis en la capacitación de las familias, si es que vamos a integrar a los pacientes a la sociedad y no a «depositarlos» en instituciones, donde a veces no se los cuida adecuadamente. No tendré el mal gusto de recordar algún lamentable incidente ocurrido el año pasado. Si no preparamos a las familias, a esos núcleos de atención y de relaciones afectivas –como la madre del Loco Gripo, a quien veía llevando a su hijo por las calles de Molles–, no cumpliremos del todo con los objetivos de este proyecto de ley, que me parecen totalmente compartibles.

Como decía Antoine de Saint-Exupéry en *El Principito*: «Lo esencial es invisible a los ojos», pero existe. Y la familia sigue existiendo.

SEÑORA TOURNÉ.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora senadora.

SEÑORA TOURNÉ.- Señor presidente: este es uno de esos días en que a una le da gusto ser protagonista en esta cámara. Haré mi intervención desde lo que soy: una representante de la ciudadanía. Esa es la mejor distinción que puedo tener para hablar sobre este proyecto de ley.

Entiendo que hoy es un día sumamente importante porque estamos dando un salto en calidad, que se debe a la culminación de un proceso que venían haciendo distintos integrantes de la ciudadanía, incluido el sistema político.

Me da la impresión, señor presidente, de que no se puede ser tan omnipotente como para pensar que hoy cambia el mundo, ni colocarse en la nimiedad de que sea solamente palabra escrita. Me parece que hay que ubicarse en el justo término. Lo que hoy hace este Parlamento como representante de la ciudadanía es dar letra a un salto en calidad con respecto a lo que, entiende, debe ser el proceso de atención de la salud mental de su pueblo, del pueblo que representamos. Eso trae implícitas, en el articulado del proyecto de ley, concepciones bien profundas. Tal vez yo crea, desde mi percepción, que estábamos preocupados desde hace mucho tiempo, pero nos ocupamos de este tema quizá un poquito tarde.

Es cierto que llegamos a una buena conclusión –no cerrada, no perfecta, no acabada– y cerramos una etapa de este proceso, pero para quienes sustentamos una visión dialéctica de las cosas, al punto de cerrarla abrimos otra. Si lo pensamos desde ahí, perdemos la omnipotencia de la perfección y reconocemos el verdadero valor que tiene poner determinados conceptos en el proyecto de ley. Es cierto que esto no lo soluciona todo, pero tampoco es poca cosa, tampoco es un detalle menor porque para llegar al acuerdo que hoy vamos a votar hubo mucho padecer y mucho sufrimiento.

Este proyecto de ley, al incluir en su texto determinadas cosas que queremos que sean de cierta forma, también cumple con otra función que a veces no advertimos: reconocer lo que hasta hoy veníamos haciendo y diciendo como sociedad.

Si nosotros decimos que esta iniciativa le devolverá el derecho al trabajo, a la educación, a la vida social, a la salud, a determinado sector de nuestra ciudadanía, a su vez estamos reconociendo que hasta ahora se lo habíamos quitado, que habíamos expropiado la dignidad humana con la forma de ejercer determinadas cosas.

A veces nos cuesta hacer esta doble lectura que tienen las cosas: como logro y como reconocimiento de una realidad que queremos superar. Eso es bueno en las sociedades. Desde ya, para alcanzar la utopía que hace mucho tiempo mucha gente viene manifestando, tendremos que seguir caminando. Acá no se acaba la historia, sino que abrimos una nueva etapa en este proceso que ya lleva tiempo.

Me parece muy importante que se hable de la salud mental de una sociedad porque, de alguna manera, ello lleva implícito también, señor presidente, que empezamos a reconocer, como sociedad, que el límite entre la salud y la enfermedad es muy delgado. Dejamos atrás –por lo menos eso pretendemos– el depositar la locura en algunos que, por supuesto, nos salvan del enorme temor que nos produce la enfermedad. El miedo de muchos ha hecho que depositarlo en algunos nos tranquilice. Romper con esto –empezando por lo que aparece en el texto del proyecto de ley– es muy importante porque esa es la manera de trasladar las responsabilidades a lo colectivo.

¿Qué quiere decir que vamos a tratar de transitar ese proceso de desinstitucionalización? Quiere decir que no vamos a estigmatizar, a culpar, a depositar, a excluir, camino que, por otra parte, la sociedad continúa transitando en otros aspectos. He aquí también las contradicciones de la sociedad, porque para otros problemas, también sociales, seguimos propugnando que el camino es la exclusión.

En este caso, por suerte, estamos todos de acuerdo en que el estigma, la exclusión, la cosificación de las personas es el peor de los caminos y queremos transitar otro.

Sería muy bueno que esta lógica que sabiamente aplicamos a este caso la incluyamos en otros. Sería muy bueno que así como la impulsamos para este caso, la apoyamos, la defendemos y apostamos a la interinstitucionalidad para tratar estos problemas –aunque es algo que tal vez nadie reclama–, también la usemos en otros.

Hace unos días conversamos con autoridades del Ministerio de Desarrollo Social por otro tema y decían que nadie estaba reclamando socialmente, con grandes movilizaciones: ¡Viva la interinstitucionalidad! y, sin embargo, este es tal vez uno de los mejores caminos para devolver derechos, para transitar en equidad.

Lo que ha sucedido con las personas que han –o hemos– tenido problemas de salud mental es que les hemos quitado sus derechos. Las hemos tratado como cosas, les hemos robado la palabra, al punto de hacernos cargo todos y todas de esta situación.

Es muy lindo –podemos hacer poesía si queremos–, pero en la realidad sentimos un temor terrible y tendremos contradicciones una vez aprobada la ley porque va a surgir la demanda «¡sáquenlos, por favor!» a no ser que instrumentemos reales redes sociales de continencia y reales formas de vivir en sociedad que prevengan, sobre todo, el dolor que se transforma en enfermedad.

En verdad siento que, por fin, ponemos en el cuerpo de la ley paradigmas que no son nuevos, pues ya se han venido manteniendo, solo que ahora nosotros, como sistema político, los incorporamos en el texto de la ley.

Espero que también asumamos, como lo que somos –más allá de nuestras profesiones personales, en esta casa lo más importante es que somos representantes de la ciudadanía–, no solo la responsabilidad de depositar el control en algún organismo de por allí, sino de ejercer, como parte de nuestra función, el control de la efectiva implementación de una ley de la que hoy, al votar, nos hacemos responsables. Me da la impresión de que, a veces, en este sistema que todavía persiste en el modelo social, de exclusiones y depositaciones, también nosotros nos sacamos el fardo y la responsabilidad de controlar la efectiva implementación de una normativa sobre la que –reitero– al votarla, nos hacemos responsables de que se haga realidad. Es parte de nuestra tarea como representantes de la ciudadanía, pero no somos los únicos, tampoco «impotenticemos» a los demás. También la sociedad –y la nuestra, particularmente, como ya lo ha hecho– es capaz de avisarnos cuando estas cosas no están sucediendo y también es capaz de proponer salidas diferentes.

Me alegro profundamente, señor presidente, de haber podido protagonizar hoy la votación de una ley que entiendo como un gran salto en calidad, en nuestra sociedad, en materia de atención de la salud mental de todos y todas.

Gracias.

14) SOLICITUDES DE LICENCIA E INTEGRACIÓN DEL CUERPO

SEÑOR PRESIDENTE.- Léase una solicitud de licencia llegada a la Mesa.

(Se lee).

SEÑOR SECRETARIO (José Pedro Montero).- «Montevideo, 11 de octubre de 2016

Señor presidente de la
Cámara de Senadores

De mi mayor consideración:

Por la presente y de acuerdo con la Ley n.º 17827, de fecha 14 de setiembre de 2004, solicito se me conceda licencia, por motivos personales, para el día de la fecha.

Sin otro particular, saludo a usted atentamente.

Rafael Michelini. Senador».

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar si se concede la licencia solicitada.

(Se vota).

–24 en 25. **Afirmativa.**

Se comunica que el señor Felipe Michelini ha presentado nota de desistimiento informando que por esta vez no acepta la convocatoria a integrar el Cuerpo, por lo que queda convocado el señor Antonio Gallicchio, a quien ya se ha tomado la promesa de estilo.

15) SALUD MENTAL

SEÑOR PRESIDENTE.- Continuamos con la consideración del proyecto de ley por el que se establecen normas relacionadas con la salud mental.

Ha finalizado la lista de oradores.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar en general el proyecto de ley.

(Se vota).

–25 en 25. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

En discusión particular.

SEÑORA PASSADA.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora senadora.

SEÑORA PASSADA.- Formulo moción para que se suprima la lectura del articulado y se vote por capítulos, dado que se anunció en sala que se iba a solicitar el desglose de algunos artículos.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar la moción formulada por la señora senadora.

(Se vota).

–25 en 25. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

En consideración el capítulo I, «Disposiciones Generales».

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–25 en 25. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

En consideración el capítulo II, «Derechos».

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–25 en 25. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

En consideración el capítulo III, «Autoridad de aplicación».

SEÑOR GARCÍA.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR GARCÍA.- Solicitamos el desglose del artículo 9.º.

SEÑOR PRESIDENTE.- De acuerdo, señor senador.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el capítulo III con excepción del artículo 9.º que será considerado posteriormente.

(Se vota).

–25 en 25. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

En consideración el artículo 9.º.

SEÑOR GARCÍA.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR GARCÍA.- Señor presidente: vamos a votar en contra del artículo 9.º, cuyo desglose hemos solicitado.

La disposición, cuyo *nomen iuris* es «Formación profesional», desde nuestro punto de vista colide con la autonomía universitaria.

El texto expresa lo siguiente: «El Ministerio de Salud Pública desarrollará recomendaciones» –y me permito subrayar el término «recomendaciones»– «dirigidas al conjunto de instituciones públicas y privadas vinculadas a la formación de profesionales de las disciplinas que participan en la atención de la salud, para que sus actividades educativas se adecuen a los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, con especial énfasis en la perspectiva de derechos humanos y en la calidad de la atención.

Asimismo, promoverá instancias de capacitación y actualización permanente para los profesionales en base a los mismos criterios».

El hecho de que una institución dependiente del Poder Ejecutivo establezca recomendaciones a las instituciones de formación universitaria, públicas y privadas, notoriamente colide con la autonomía universitaria, más aún teniendo en cuenta que el propio Ministerio de Salud Pública es el que luego preside la comisión de contralor que se crea en la ley. Desde nuestro punto de vista, presidir tal comisión y al mismo tiempo tener la facultad de recomendar sobre los planes de estudio –porque, en definitiva, se estaría recomendando sobre los planes de estudio a las instituciones que forman en la materia– significa una confrontación muy fuerte con la autonomía de las instituciones de educación. Es por eso que vamos a votar en contra este artículo, señor presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 9.º tal como viene de comisión.

(Se vota).

–20 en 26. **Afirmativa.**

En consideración el capítulo IV, «Interinstitucionalidad».

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–25 en 26. **Afirmativa.**

En consideración el capítulo V, «Abordaje».

SEÑOR MIERES.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR MIERES.- Señor presidente: pedimos que se desglosen los artículos 31, 32 y 33.

SEÑOR PRESIDENTE.- De acuerdo, señor senador.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el capítulo V, exceptuando los artículos 31, 32 y 33 cuyo desglose ha sido solicitado por el Partido Independiente.

(Se vota).

–26 en 26. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

En consideración los artículos 31, 32 y 33.

SEÑOR MIERES.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR MIERES.- Señor presidente: simplemente queremos ratificar que no vamos a acompañar estos artículos por entender que la integración de los equipos profesionales que deben resolver los casos de hospitalización involuntaria o compulsiva no es correcta, en la medida en que no se toma en consideración la participación de profesionales de la salud mental, en particular, psicólogos, y se lo deja en manos de dos profesionales de la salud de los cuales solo uno es psiquiatra, mientras que el otro puede tener cualquier otra especialidad. No nos parece apropiado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se van a votar los artículos 31, 32 y 33 tal como vienen de comisión.

(Se vota).

–24 en 26. **Afirmativa.**

En consideración el capítulo VI, «Del contralor».

SEÑOR GARCÍA.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR GARCÍA.- Solicito que se desglosen los artículos 41 y 46.

SEÑOR PRESIDENTE.- De acuerdo, señor senador.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el capítulo VI, con excepción de los artículos 41 y 46 cuyo desglose ha sido solicitado.

(Se vota).

–26 en 26. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

En consideración el artículo 41.

SEÑOR GARCÍA.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR GARCÍA.- Señor presidente: voy a referirme a los literales a) y e) de este artículo.

En cuanto al literal a), solicitamos su desglose pero vamos a acompañarlo. Queremos referirnos a él porque representa lo que señalamos en la discusión general en el sentido de que en la integración de la comisión de contralor –que, según creo, tiene diez miembros– no se establece a texto expreso –no sabemos realmente por qué– que estará compuesta por un profesional de las especialidades o las disciplinas vinculadas a la atención de la salud mental, psiquiatra o psicólogo. Fíjese toda la vuelta que se da en el texto, señor presidente, en lugar de ser sintéticos y poner lo que hay que poner. Se dice: «Dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales deberá acreditar conocimiento, formación y experiencia en el tema de la salud mental. Uno de ellos la presidirá». Pregunto: si lo que se quiere es que esté un psiquiatra o un psicólogo, ¿por qué no se pone «un psiquiatra y/o psicólogo»? En lugar de eso, se da toda esta vuelta que, a contraria interpretación, lo que busca es no poner nombre propio a lo que debería tenerlo.

No encontramos la razón por la cual en una comisión de contralor de la salud mental los profesionales que se forman en esta materia no están a texto expreso asesorando al Estado en algo que les es atinente y para lo que la sociedad los prepara. Nos llama la atención toda esa vuelta que se da. Y lo dijimos en comisión: se mencionan diez integrantes pero en ningún caso se establecen a texto expreso las disciplinas que se forman para esto.

Hay supuestos: se supone que la Facultad de Medicina nombrará. Se supone. La Facultad de Medicina lo determina. Puede ser cualquiera. Reitero, se supone. Pero ¿por qué no establecerlo a texto expreso?

De modo que vamos a votar el literal a), señor presidente, porque es lo que se arrima más a lo que pensamos, pero nos llama la atención y nos preguntamos por qué no se dice a texto expreso lo que a nuestro criterio se debería decir.

En el literal e), por su parte, se establece la representación. Allí se expresa: «Un miembro representante de las organizaciones más representativas de las personas con trastorno mental». Esto, señor presidente, es políticamente correcto decirlo, establecerlo, pero todos sabemos que no se va a hacer. Veamos otras circunstancias similares, a modo de ejemplo. En la ley de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, que lleva ocho años de vigencia, se prevé que las mutualistas, los hospitales, deben tener comisiones que integren los usuarios, y la verdad es que hasta el día de hoy ninguno las tiene.

Entonces, con el mayor de los respetos señalo que queda muy lindo decir esto, pero no se ha podido lograr en ninguna institución de salud. La mayoría de nosotros nos atendemos en una mutualista y, al menos en lo personal, puedo decir que hasta el día de hoy no he conocido ninguna mutualista –aunque quizás, excepcionalmente, haya alguna– en la que los usuarios, que por ley tienen representación, estén representados. Y llevamos ocho años de aplicación de esa normativa. Lo mismo ocurre en los hospitales.

Entonces, a mí me parece muy bien –y por eso lo planteamos en comisión– que estén representadas, como se establece en el literal f), las organizaciones más representativas de los familiares de las personas con trastornos mentales; va a ser difícil pero creo que es algo mucho más posible, si vale la expresión. Uno se pregunta: ¿cómo se hace para que un miembro o representante de las organizaciones más representativas de las personas con trastorno mental esté?

Reitero: esto me parece progreso manuscrito, entre otras cosas y dicho con el mayor de los respetos. Políticamente es correcto, pero en la realidad no hemos podido lograrlo en otras circunstancias mucho más factibles, por lo que difícilmente podamos hacerlo ahora.

En consecuencia, señor presidente, vamos a votar el literal a) con las consideraciones expresadas, pero no el literal e) por las razones que acabamos de mencionar.

Gracias, señor presidente.

SEÑOR MIERES.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR MIERES.- Señor presidente: nosotros vamos a votar negativamente todo el artículo. Ya lo dijimos en la discusión general: no compartimos la idea de un organismo de contralor con la integración que se plantea. Es más: quizás nos habría parecido más adecuada la creación de un comisionado parlamentario, o que la propia Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo se hiciera cargo del control.

En suma, nos parece que la integración no es la adecuada en la hipótesis del organismo de contralor. Por lo tanto, vamos a votar negativamente el artículo 41.

SEÑOR CARÁMBULA.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR CARÁMBULA.- Señor presidente: este aspecto ya lo consideramos en comisión pero, como se insiste, quiero dejarlo explicitado brevemente.

El literal a) habla de personas con «conocimiento, formación y experiencia en el tema de la salud mental». Hoy en día, con la diversidad de formación que hay en el tema y el reconocimiento a distintos sectores que trabajan en la salud mental, no solo puede tratarse de un psiquiatra o de un psicólogo, sino que hay otros profesionales o trabajadores de la salud capacitados, con conocimiento, con experiencia. Por lo tanto, tal como está presentado esto, entendemos que reconoce la jerarquía del conocimiento, experiencia y formación en el tema, al tiempo que se abre a las distintas posibilidades.

Vale recordar que a propuesta del propio senador García –disculpe el señor senador que lo invoque– se incorporó en el literal d) a un miembro representante de las sociedades científicas vinculadas a la salud mental. Se trata del mismo argumento: van a estar allí representadas sociedades científicas vinculadas al tema; será cuestión de ponerse de acuerdo en su representación.

Asimismo, cuando nosotros les encomendamos los delegados a la Facultad de Medicina, a la Facultad de Psicología o a la Facultad de Derecho y les decimos que estén todos vinculados al tema, estamos hablando de profesionales vinculados al tema. No podemos meternos en la autonomía de cada facultad y decirles: «Fulano» y «Mengano». Ellos actuarán en función de lo que aquí se dice respetando su autonomía.

Finalmente, en forma muy clara se explicita el rol de protección especial de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, como órgano externo. O sea que más allá de sus funciones –cómo se dijo–, en esta ley explicitamos su tarea.

Gracias, señor presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Señores senadores: hay tres posiciones sobre este artículo. Una de ellas es a favor del texto tal como está redactado; la otra es en contra y la tercera es a favor, pero exceptuando los literales a) y e). Entonces, lo que propongo es que se desglosen estos dos literales de modo de permitir la mayor expresión democrática del Cuerpo. Desglosamos los literales a) y e) y ponemos a votación el artículo. Quienes estén en contra, lo votarán en contra; quienes estén a favor, votarán a favor. De este

modo damos la oportunidad a quien esté de acuerdo con los demás literales, de poder votar el artículo.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el mecanismo de votación propuesto por la Mesa.

(Se vota).

–26 en 26. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 41 con excepción de los literales a) y e), que quedan desglosados.

(Se vota).

–25 en 26. **Afirmativa.**

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el literal a) del artículo 41.

(Se vota).

–25 en 26. **Afirmativa.**

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el literal e) del artículo 41.

(Se vota).

–20 en 26. **Afirmativa.**

En consideración el artículo 46, cuyo desglose había sido solicitado.

SEÑOR GARCÍA.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra el señor senador.

SEÑOR GARCÍA.- Señor presidente: no vamos a acompañar el artículo 46 porque no nos parece correcto que a la Institución Nacional de Derechos Humanos se le agreguen colectivos, como si fuera –permítaseme esta imagen– un árbol de Navidad al que se le van agregando chirimbolos.

El artículo 1.º de la ley de creación de la Institución Nacional de Derechos Humanos establece: «Créase la Institución Nacional de Derechos Humanos (INDDHH), como una institución del Poder Legislativo, la que tendrá por cometido, en el ámbito de competencias definido por esta ley, la defensa, promoción y protección en toda su extensión, de los derechos humanos reconocidos por la Constitución y el derecho internacional».

Aquí los diferentes legisladores han sostenido que, a su entender, el artículo en cuestión era redundante pero lo iban a votar igual. A nuestro criterio, no siempre lo que redunda no daña. Lo que redunda puede dañar. Si hoy, entre los cometidos de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, agregamos a los pacientes que se atienden por salud mental, ¿por qué mañana, ante la votación de más leyes vinculadas a la protección de derechos sexuales, raciales, etcétera, no incluimos a otros colectivos eventualmente discriminados? Creo que no tiene ningún sentido. Por tanto, el que no está incluido en la discriminación, está excluido, cuando esto debería ser integral. El artículo 1.º de la ley de creación de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo protege, justamente, los derechos humanos, sin distinción: de todos los humanos. Establecer colectivos especiales cuya protección se le encomienda, implica, por defecto, una segunda categoría de colectivos humanos que, al no estar identificados específicamente, pasan a estar en una categoría B –por decirlo de alguna manera– de protección de sus derechos humanos.

En ese sentido, señor presidente, creemos que no hay que redundar, porque redundar en esta materia es dañar la protección general de los derechos humanos de todos los colectivos.

Muchas gracias, señor presidente.

SEÑORA PAYSSÉ.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tiene la palabra la señora senadora.

SEÑORA PAYSSÉ.- Cuando se habla de la Institución Nacional de Derechos Humanos recuerdo el debate que dimos durante tantos años en ámbitos de trabajo y luego en el Parlamento para que se hiciera realidad y hoy contáramos con una institución con las características que tiene.

Por lo tanto, voy a referirme no solo al planteo realizado por el señor senador preopinante, sino también a alguna propuesta que se hizo en cuanto a que eventualmente deberíamos tener un comisionado parlamentario para esta materia específica. Pienso que ni una cosa ni la otra son adecuadas, entre otros motivos, porque la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo cumple con los Principios de París. Resolvimos a la uruguaya que tuviera un consejo plural que no fuera una sumatoria de comisionados especializados en ciertas materias, sino que fuera un órgano que pudiera abarcar, con sus asesores e integrantes, toda la gama de materias vinculadas a la protección, prevención y defensa de los derechos humanos. Tampoco queremos que el Parlamento –que es de donde está «colgada» esta institución, por decirlo de alguna manera– se llene de chirimbolos como un arbolito de Navidad, para descartar la posibilidad de que se sigan sumando distintos comisionados aparte de esta institución nacional.

Volviendo al tema de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, podría decir que

el artículo 46 es innecesario porque su ley de creación y las competencias que tiene la institución cubren esta materia. Pero mediante el artículo 46 no se le están exigiendo más tareas de las que ya tiene porque es obligación de la institución nacional hacerse cargo de esta materia también, como lo está haciendo ahora. Entonces, creo que se quiere hacer énfasis en que este proyecto de ley no solo está vinculado a la salud mental, sino que es una innovación –a mi juicio, más que saludable– de lo que tiene que ver con los derechos humanos de las personas que en estas circunstancias están atravesando una situación de deterioro paulatino, transitorio, o como se quiera especificar, de su salud mental.

Creo, señor presidente, que el artículo se ajusta a una expresión que reafirma las competencias que hoy en día tiene la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el artículo 46, que es el último desglosado del capítulo.

(Se vota).

–21 en 26. **Afirmativa.**

16) ASUNTOS ENTRADOS

SEÑOR PRESIDENTE.- Dese cuenta de un asunto entrado fuera de hora.

(Se da del siguiente).

SEÑOR SECRETARIO (José Pedro Montero).- «La Presidencia de la Asamblea General destina un mensaje del Poder Ejecutivo al que acompaña un proyecto de ley por el que se crea una prestación pecuniaria coactiva de asistencia al Servicio de Retiros y Pensiones de las Fuerzas Armadas.
–A LA COMISIÓN DE HACIENDA».

17) SALUD MENTAL

SEÑOR PRESIDENTE.- El Senado retoma el tratamiento del segundo punto del orden de día.

En consideración el capítulo VII, «Derogación y adecuación».

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota).

–26 en 26. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Queda aprobado el proyecto de ley, que se comunicará a la Cámara de Representantes.

(Aplausos en la barra).

(No se publica el texto del proyecto de ley aprobado, por ser igual al considerado).

18) LEVANTAMIENTO DE LA SESIÓN

SEÑOR PRESIDENTE.- Se levanta la sesión.

(Así se hace, a la hora 14:00, presidiendo el señor **Ernesto Agazzi** y estando presentes los señores senadores **Amorín**, **Aviaga**, **Ayala**, **Berterreche**, **Besozzi**, **Bianchi**, **Bordaberry**, **Carámbula**, **Cardoso**, **De León**, **García**, **Garín**, **Heber**, **Lazo**, **Martínez Huelmo**, **Michelini**, **Mieres**, **Otheguy**, **Passada**, **Payssé**, **Pesce**, **Pintado**, **Preve**, **Tourné** y **Xavier**).

ERNESTO AGAZZI
Presidente en ejercicio

José Pedro Montero
Secretario

Hebert Paguas
Secretario

Patricia Carissimi
Directora del Cuerpo de Taquígrafos

Corrección y control
División Diario de Sesiones del Senado

Diseño e impresión
División Imprenta del Senado